



**HAL**  
open science

# ”Patauger pour mieux faire corps” : prise en charge psychomotrice d’enfants avec trouble du spectre autistique : utilisation de la médiation pataugeoire

Anaëlle Juzan

## ► To cite this version:

Anaëlle Juzan. ”Patauger pour mieux faire corps” : prise en charge psychomotrice d’enfants avec trouble du spectre autistique : utilisation de la médiation pataugeoire. Psychologie. 2019. dumas-02178253

**HAL Id: dumas-02178253**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178253>**

Submitted on 9 Jul 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

## Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention  
du Diplôme d'État de Psychomotricien

### **« *Patauger pour mieux faire corps* »**

Prise en charge psychomotrice d'enfants avec trouble du spectre autistique :

Utilisation de la médiation pataugeoire

**JUZAN Anaëlle**

Née le 06 septembre 1997 à Lyon 4<sup>ème</sup> (69)

Directeur de mémoire : Benjamin Carrera

Juin 2019



# UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

## Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention  
du Diplôme d'État de Psychomotricien

### **« *Patauger pour mieux faire corps* »**

Prise en charge psychomotrice d'enfants avec trouble du spectre autistique :

Utilisation de la médiation pataugeoire

**JUZAN Anaëlle**

Née le 06 septembre 1997 à Lyon 4<sup>ème</sup> (69)

Directeur de mémoire : Benjamin Carrera

Juin 2019

## Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier Benjamin Carrera, maître de mémoire et maître de stage, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et éclairages qui ont participé à l'élaboration de ce mémoire.

Merci également à Serge Campan, Éric Lafontana et Laura Franco Bastianel, maîtres de stages, pour leur présence et leurs conseils dans la transmission de leur « *savoir-faire* » mais aussi de leur « *savoir-être* » psychomotricien.

Merci aux différents professionnels que j'ai pu rencontrer au cours de mes stages pour leur accueil et leur partage d'expérience.

Merci aussi aux enfants, adolescents et adultes accueillis dans les différentes structures où j'ai réalisé mes stages, qui ont contribué, à leur manière, à l'élaboration de ce mémoire et qui m'ont apporté découvertes et remises en question formatrices.

Je remercie Florent, Mathilde et Christel pour leurs relectures attentives et leurs précieux conseils.

Un grand merci à mes parents, à Clothilde et à Louen pour leur amour, leur présence et leur soutien sans faille. Merci aussi à mes proches.

Merci à Pierre pour tout ce qu'il m'apporte, pour sa présence et son soutien tout au long de ces trois années.

Merci à Anaïs pour m'avoir épaulée au quotidien, merci pour ces moments de rires partagés.

Et merci à *La Dérive* pour ces trois années de partage, dans la joie et les rires, rendant les épreuves plus douces et les bonheurs plus grands.

## Sommaire :

Remerciements : .....	2
Sommaire : .....	3
Avant propos : .....	4
Introduction : .....	5
Chapitre 1 : <i>L'enfant avec trouble du spectre autistique et ses difficultés corporelles</i> .....	7
I.    L'autisme .....	8
II.   Développement psychomoteur de l'enfant présentant un trouble du spectre autistique .....	24
III.  Prises en charge et traitements .....	44
Chapitre 2 : <i>La patageoire : un outil dans la prise en charge psychomotrice de l'enfant ayant un trouble du spectre autistique</i> .....	50
I.    La patageoire : de l'eau à son utilisation en psychomotricité.....	51
II.   Noé : Etude d'une prise en charge en patageoire .....	66
Conclusion : .....	80
Bibliographie : .....	82
Table des Matières : .....	88

Avant propos :

*« Le corps, c'est bien sûr la chair et les os, mais c'est aussi ce que chacun en perçoit, en éprouve, ce que chacun en vit et de la manière la plus intime.*

*Or avec l'enfant autiste ou psychotique, cela ne va pas de soi.*

*La question : « Qu'est-ce que c'est le corps ? » amène de ces enfants des*

*réponses surprenantes :*

*- C'est rien.*

*- Je sais pas.*

*- Quel corps ?*

*- C'est la gymnastique.*

*- C'est les bras... dans le meilleur des cas.*

***Quel est donc ce corps ? »***

Anne-Marie Latour [49]

## Introduction :

L'autisme est depuis, le début de ma formation, un sujet qui m'intéresse et me questionne énormément.

En deuxième année, j'ai effectué un stage en Institut Médico-Pédagogique ou IMP, accueillant des enfants déficients mentaux, dont certains porteurs d'autisme. Mais je ne voyais pas ces enfants lors de prises en charge, je les voyais uniquement lors des temps de repas ou de récréation, temps pendant lesquels j'ai pu les observer. Le fait d'être confrontée pour la première fois à l'autisme me laissait dans un entre-deux. J'étais à la fois curieuse de découvrir et d'apprendre plus sur ce trouble mais je me sentais aussi déroutée. Je me souviens de repas thérapeutiques lors desquels, avec le psychomotricien, nous mangions avec trois enfants dont un présentant un trouble du spectre autistique. Le repas était un moment très difficile pour ce dernier. Le bruit et les lumières semblaient le mettre dans un état de grande angoisse. Il passait le temps du repas les yeux fixés au plafond ou regardant au loin, semblant fixer un point précis et poussant, par moment, de grands cris stridents. Lors des temps de récréation, il déambulait dans la cour en tenant des cailloux dans ces mains. Ces observations m'ont amenée à me demander de quelle manière cet enfant perçoit le monde qui l'entoure. Qu'est ce qui provoque chez lui ces états d'angoisse ?

C'est lors de la troisième année de ma formation que j'ai été confrontée de plus près à l'autisme. J'ai pu effectuer un stage au sein d'un hôpital de jour et, c'est dans ce cadre que j'ai pu participer à des séances de prise en charge en pataugeoire. J'étais extrêmement curieuse à l'idée de participer à ces séances. Je n'avais qu'entendu parler de cette médiation lors de réunion d'équipe à l'IMP et j'étais d'ailleurs particulièrement intéressée par les comptes rendus des professionnels. Je me posais alors des questions sur ce type de prise en charge : comment se déroule une séance ? Quel est le rôle des soignants dans ce dispositif ? Quel est l'intérêt d'une telle prise en charge pour des enfants porteurs d'autisme ?

Ces questionnements m'ont amenée au choix d'un sujet pour mon mémoire. L'autisme et la pataugeoire, tout d'abord. Puis ma réflexion a évolué, je me posais alors des questions sur la place du psychomotricien dans une telle prise en charge : quelle y est sa place ? Comment intervient-il dans un cadre où le « *corps à corps* » est peu présent ? En quoi la pataugeoire sert au psychomotricien et en quoi le psychomotricien sert à la pataugeoire ?

Au fil de ma réflexion, la question du corps chez le sujet autiste a, elle aussi, émergée. Ces enfants, de part leurs comportements, leurs « bizarreries » me donnaient l'impression de ne pas habiter leur corps ou du moins que ce dernier semblait être désinvesti ou parfois surinvesti par des stéréotypies envahissantes. De plus lors de mes différentes rencontres avec ces enfants j'ai été frappée par la manière dont certains entraient en contact avec moi. Un premier contact que je pouvais ressentir comme très proche voire même intrusif. Comme si, pour ces enfants, la limite entre soi et l'autre était très floue voire même inexistante. Je me suis alors demandé comment ces enfants pouvaient vivre leur corps et par quoi pouvait-on expliquer ces comportements ? Quelles en sont les causes ?

Différents mémoires [57] [43] [11] et ouvrages, plus particulièrement celui d'**Anne-Marie LATOUR [49]**, m'ont aidée dans cette réflexion et riche de tous ces questionnements, j'ai pu élaborer une problématique qui est la suivante :

### **Quels sont les apports de la pataugeoire dans l'accompagnement psychomoteur de l'enfant atteint de Trouble du Spectre Autistique ?**

Tout au long de ce mémoire nous explorerons, étape par étape, les différentes notions et éléments qui permettront d'étayer ma réflexion ainsi que les différentes observations cliniques que j'ai pu faire durant mes différents stages.

Pour cela, je réaliserai ce mémoire en deux temps et je veillerai à illustrer les différentes notions développées par des illustrations cliniques. Je m'intéresserai, dans un premier temps, à la question des difficultés corporelles de l'enfant ayant un trouble du spectre autistique. Je développerai la notion d'autisme : sa définition, sa place dans les classifications et son étiologie. Je m'attarderai ensuite sur le développement psychomoteur de l'enfant porteur de ce trouble : sa sensorimotricité, sa motricité mais aussi son image du corps. Puis, je présenterai les différentes prises en charge et traitements existants.

Dans un second temps, je m'intéresserai à la question de la pataugeoire. Je présenterai donc le dispositif et la technique ainsi que l'histoire de la pataugeoire. Puis je développerai la question de l'eau et de ses effets sur le corps et les affects ainsi que les notions de médiateur et de médiation en psychomotricité. Je m'intéresserai ensuite à l'utilisation de la pataugeoire en hôpital de jour et m'attarderai sur ma place d'observatrice au sein de cette prise en charge. Enfin je terminerai sur un exemple clinique de prise en charge en pataugeoire dans lequel je tacherai d'ajouter des éléments théoriques venant soutenir mon propos.

---

Chapitre 1 : *L'enfant avec trouble du spectre  
autistique et ses difficultés corporelles*

---

## I. L'autisme

### 1) Historique et définition de l'autisme

C'est en 1911 que le terme d' « *autisme* » apparaît pour la première fois. Ce terme vient du mot grec « *auto* » qui signifie « *soi-même* ». C'est un psychiatre suisse nommé **Eugen BLEULER** qui l'utilise pour définir le retrait relationnel et le manque d'affectivité retrouvés dans la schizophrénie de l'adulte. Ce terme désigne donc, au départ, un symptôme secondaire de la schizophrénie.

Mais c'est un psychiatre d'origine autrichienne et émigré aux États- Unis : **Léo KANNER**, qui lui donnera un tout autre sens et l'emploiera le premier pour désigner un syndrome spécifique de l'enfant : la « *perturbation autistique du contact affectif* » qui deviendra finalement « *autisme infantile précoce* ». Il sépare donc ce syndrome de la schizophrénie et de la déficience intellectuelle qui étaient jusqu'alors indifférenciés et vise à distinguer la psychopathologie de l'enfant de celle de l'adulte. Il écrira alors un article en 1943, *Autistic Disturbances of Affective Contact* (« *Altération autistique du contact affectif* »), dans lequel il décrit le profil clinique de 11 enfants ayant tous des difficultés au niveau relationnel et de la communication. Selon lui, « *le trouble fondamental le plus frappant est l'incapacité des ces enfants à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations dès le début de leur vie* » [45]. Dans son article il dépeint les symptômes et les comportements de ces enfants ainsi que leur histoire familiale et leur développement. Ce trouble est pour lui un trouble inné associant : *aloneness* traduit par « isolement », *sameness* traduit par « immuabilité » c'est-à-dire qu'il y a une recherche de l'immuabilité de l'environnement par des activités et gestes répétitifs, ainsi que des troubles du langage pouvant aller jusqu'à une absence totale de ce dernier. En revanche, ce trouble n'atteint pas la sphère de l'intelligence et ces enfants ont, de plus, de très bonnes capacités de perception et de mémoire. Pour lui ce syndrome était à la fois d'origine organique mais aussi parentale. C'est ultérieurement que l'on donnera le nom de **Léo KANNER** à ce syndrome.

À la même période **Hans ASPERGER**, également psychiatre autrichien, différencie lui aussi de la schizophrénie et de la déficience intellectuelle ce qu'il appelle « *psychopathie autistique de l'enfance* » et qu'il décrit de manière assez identique à l'autisme de **Léo KANNER**. En 1944 il écrit un article, *Die « Autistischen Psychopathen » im Kindesalter* (« *La « psychopathie autistique » de l'enfance* ») dans lequel il décrit cette « *psychopathie autistique* » en énonçant les cas de quatre garçons. Selon lui, ces quatre garçons sont dotés « *d'un manque d'empathie, d'une faible capacité à se créer des amis, d'une conversation unidirectionnelle, d'une intense préoccupation pour un sujet particulier, et de mouvements maladroits* » [5]. Pour lui aussi ce trouble a, en grande partie, une origine organique mais il retrouve quelques particularités chez les parents de ces enfants là et y voit plutôt une origine génétique. Tandis que **Léo KANNER** pensait quant à lui à la dimension psychoaffective.

En 1981 une psychiatre anglaise, **Lorna WING**, réactualise les travaux de **Hans ASPERGER**. Dans son article : *Asperger's syndrome : a clinical account* (« *Le syndrome d'Asperger : compte-rendu clinique* »), elle propose une définition à ce syndrome. Elle le nommera « *syndrome d'Asperger* ». Sa définition est basée sur l'étude de 34 cas, dont ceux décrits par **Hans ASPERGER**, ne présentant ni déficience intellectuelle ni retard de langage. Ce n'est donc qu'à ce moment là que les travaux de **Hans ASPERGER** sont réellement reconnus.

Et c'est finalement en 1991 que l'article de ce dernier est traduit en anglais par **Uta FRITH [20]** et devient donc accessible au plus grand nombre. L'article étant initialement écrit en allemand et, en raison du contexte sociopolitique plutôt compliqué de l'époque de parution, il n'avait donc été que très peu diffusé à l'échelle internationale.

Cependant, la description faite par **Hans ASPERGER** de ce trouble ne serait pas la première. En effet, en 1926, **Grounia SOUKHAREVA**, une psychiatre russe d'origine autrichienne étudie les cas de six garçons âgés de 12 à 14 ans. Ces six enfants sont tous atteints d'un trouble, qu'elle distingue de la schizophrénie, intègre à la « *psychopathie schizoïde* » et nomme « *trouble de la personnalité schizoïde* » [59]. Elle utilisait alors le terme « *autisme* » de la même manière qu'**Eugen BLEULER**, c'est-à-dire pour évoquer le repli social.

Dans son article, *Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter* (« *La psychopathie schizoïde de l'enfance* »), elle liste les caractéristiques communes à ces enfants : « *une étrangeté du type de pensée* » avec des pensées plutôt abstraites et une tendance à la rationalisation absurde ; « *une attitude autistique* » avec des difficultés dans les relations avec les pairs et un repli sur soi ; « *une vie émotionnelle plate* » avec à la fois une insensibilité et une hypersensibilité ; et d'autres caractéristiques tels qu'une « *tendance aux automatismes* », « *un comportement étrange et impulsif* », « *une propension à faire le clown* », « *une tendance aux comportements obsessionnels compulsifs* » et « *une suggestibilité accrue* ». Elle évoque aussi un langage plutôt stéréotypé, des mouvements parasites, une certaine maladresse motrice, une sensibilité à certains sons et certaines odeurs, un manque d'expressivité, une intelligence supérieure à la moyenne de leur âge et enfin de très bonnes compétences voir des talents. L'un des enfants qu'elle a suivi avait une mémoire exceptionnelle des chiffres mais était incapable de se souvenir des visages. Pour elle ce trouble serait inné. Cet article n'a été traduit de l'allemand à l'anglais qu'en 1996 par **Sula WOLFF [61]** et en français en 2015 par **Anne ANDRONIKOV [3]**. Les descriptions faites par **Hans ASPERGER** et **Grounia SOUKHAREVA** se rapportent à une forme d'autisme que l'on désigne à l'heure actuelle par « *Syndrome d'Asperger* » ou autisme dit « *de haut niveau* » mais nous verrons par la suite que ce syndrome tend à disparaître des classifications internationales.

## 2) L'autisme dans les classifications

Il existe, en médecine, différentes classifications permettant un regroupement de maladies et de troubles ainsi que les signes en permettant le diagnostic. Nous pouvons retrouver l'autisme dans trois classifications, deux de ces classifications sont internationales et la troisième est française.

Tout d'abord, la **Classification Internationale des Maladies** ou CIM est une classification médicale codifiée regroupant diverses maladies, signes, symptômes, lésions, etc. Cette classification est publiée par l'**Organisation Mondiale de la Santé** (OMS). Dans la dernière version publiée en 1996, la CIM 10, nous retrouvons l'autisme dans le chapitre V : « *Troubles mentaux et du comportement* » (F00-F99), au sous-chapitre : « *Trouble du développement psychologique* » (F80-F89), sous sous-chapitre « *Troubles envahissants du développement* » (F84).

Il y est écrit que les Troubles envahissants du développement ou TED sont un « *groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations.* » [37].

Nous y retrouvons les différentes catégories de TED (F84) :

- **Autisme infantile** (F84.0) : aussi appelé autisme ou psychose de la petite enfance, syndrome de Kanner ou encore trouble autistique. Ce trouble est caractérisé par « *un développement anormal ou altéré, manifeste avant l'âge de trois ans* ». On retrouve une perturbation caractéristique du fonctionnement dans trois domaines que sont : les interactions sociales réciproques, la communication et le comportement. L'autisme infantile peut s'accompagner d'autres manifestations telles que des phobies, perturbations du sommeil et de l'alimentation, crises de colère et gestes auto agressifs.
- **Autisme atypique** (F84.1) : que l'on nomme aussi psychose infantile atypique. Il diffère de l'autisme infantile car il se manifeste après trois ans. De plus il n'y a pas de « *manifestations pathologiques suffisantes dans un ou deux des trois domaines psychopathologiques nécessaires pour le diagnostic d'autisme (interactions sociales réciproques, communication, comportement restreint, stéréotypé et répétitif)* ». L'autisme atypique est souvent associé à un retard mental profond et un trouble sévère de l'acquisition du langage.
- **Syndrome de Rett** (F84.2) : touchant uniquement les filles, il se caractérise par un développement normal puis, entre sept mois et deux ans, apparaît « *une perte partielle ou complète du langage, de la marche et de l'usage des mains, associée à un ralentissement du développement crânien* ». On retrouve aussi un arrêt du développement social et du jeu mais avec un intérêt social conservé. Ce syndrome entraîne un retard mental sévère.

- **Autre trouble désintégratif de l'enfance (F84.3)** : caractérisé par une apparition brutale et spectaculaire. Le développement est normal jusqu'à l'âge de deux ans environ et pouvant aller jusqu'à dix ans. Le trouble débute en général vers l'âge de trois ou quatre ans et la perte des performances acquises dans plusieurs domaines au cours du développement se fait en quelques mois. Ces signes s'accompagnent *« d'une perte globale de l'intérêt vis-à-vis de l'environnement, de conduites motrices stéréotypées, répétitives et maniérées et d'une altération de type autistique de l'interaction sociale et de la communication »*.
- **Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés (F84.4)** : ce trouble associe un retard mental prononcé, une hyperactivité importante, une perturbation majeure de l'attention et des comportements stéréotypés. Il s'accompagne souvent de retards du développement spécifiques ou globaux.
- **Syndrome d'Asperger (F84.5)** : se différencie de l'autisme par l'absence de déficit ou trouble du langage ou du développement cognitif. Il est caractérisé par *« une altération qualitative des interactions sociales réciproques, semblable à celle observée dans l'autisme, associée à un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif »*.
- **Autres troubles envahissants du développement (F84.8)**.
- **Trouble envahissant du développement, sans précision (F84.9)** : Cette catégorie regroupe les troubles correspondants aux caractéristiques générales des troubles du développement mais que l'on ne peut inclure dans aucune des catégories citées précédemment.

La Haute Autorité de Santé recommande vivement l'utilisation de cette classification comme référence.

La seconde classification internationale où nous pouvons retrouver l'autisme est le **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (Manuel Statistique et Diagnostic des troubles mentaux) ou DSM. C'est un manuel de l'**Association Psychiatrique Américaine** (APA). Dans la version publiée en 2000, le DSM-IV-TR (Text Revised), la catégorie des Troubles Envahissants du Développement (TED) regroupe : autisme typique, Trouble Envahissant du Développement non autrement spécifié, syndrome d'Asperger, syndrome de Rett et trouble désintégratif.

Dans le DSM IV-TR mais aussi dans la CIM 10, la symptomatologie de l'autisme est composée d'une triade de critères appelée aussi triade autistique :

- **Troubles qualitatifs des interactions sociales réciproques** : renvoient aux difficultés que les sujets rencontrent dans l'établissement de relation et lors d'échanges relationnels. Cela se traduit dans l'échange visuel qui peut être peu soutenu ou au contraire fixe ou scrutateur. Des mimiques figées, peu significatives voir inappropriées. Ces sujets maîtrisent mal la distance physique, acquièrent difficilement les codes sociaux et ont des difficultés pour instaurer et maintenir des relations avec leurs pairs. On retrouve aussi un manque de manifestations d'empathie envers autrui et une difficulté à faire part de leurs propres difficultés. Enfin, les sollicitations de l'attention conjointe ou partage d'intérêt, sont limitées chez ces enfants, c'est l'exemple du pointer du doigt qui est d'apparition tardive et souvent utilisé de manière approximative.
- **Troubles qualitatifs de la communication verbale et non verbale** : cela peut aller du retard à l'absence de langage. On remarque lorsque le langage est présent, qu'il est souvent peu voire pas du tout adressé. On peut aussi remarquer des écholalies portant sur des fins de phrase, des syllabes isolées ou encore des phrases répétées à l'identique, du contenu jusqu'à l'intonation. Ces répétitions peuvent être différées dans le temps et peuvent même devenir des stéréotypies verbales. Quand le langage est plus élaboré on peut remarquer des troubles dans son utilisation comme des particularités de la prosodie. Chez le sujet atteint d'autisme, la communication non verbale peut être absente ou, si elle est présente, elle peut être pauvre voire excessive ou inappropriée.

- **Intérêts restreints et stéréotypés** : c'est l'attention particulière que la majorité des personnes atteintes d'autisme ont pour l'aspect dit non fonctionnel de leur environnement. C'est l'exemple des enfants qui ne s'intéressent qu'à une partie d'un jouet et ne l'utilisent donc pas dans sa fonction première. Les intérêts restreints et les stéréotypies traduisent d'un intérêt et d'un rapport particuliers à la sensorialité. On retrouve des stéréotypies motrices comme par exemple : le *flapping*<sup>1</sup>, le fait de tourner sur soi-même ou encore des balancements d'avant en arrière qui stimulent le système vestibulaire. On peut aussi retrouver le besoin de tenir quelque chose dans sa main, d'accumuler des objets, ou encore de les empiler ou de les aligner. Au niveau de la sphère visuelle, il peut aussi y avoir des intérêts pour certains motifs ou pour des objets lumineux par exemple. Du côté de l'alimentation, des troubles du comportement alimentaire sont fréquemment associés comme la sélectivité ou la phobie de certaines textures. On peut aussi remarquer chez certaines personnes atteintes d'autisme des intérêts restreints pour des sujets qui vont amener à une connaissance importante à propos de ce dernier, ce qui peut envahir la vie de la personne et de sa famille. Les intérêts restreints peuvent se retrouver aussi dans le fonctionnement du sujet, avec par exemple l'existence de rituels qui répondent au besoin d'immuabilité dont avait parlé **Léo KANNER**.

Dans la CIM 10, le diagnostic d'autisme typique se fait s'il y a la présence de six de ces critères. Au moins deux doivent concerner le domaine des interactions et au moins un doit concerner le domaine des intérêts ainsi que celui de la communication.

En 2013 est publiée la dernière version du DSM, le DSM-5, dans laquelle plusieurs changements sont faits. Les Troubles Envahissants du Développement (TED) sont remplacés par les Troubles du Spectre Autistique (TSA). La triade symptomatique de l'autisme devient alors une dyade, les troubles des interactions sociales et les troubles de la communication ont fusionnés.

---

<sup>1</sup> Flapping : terme anglais désignant des battements des mains et des bras de manière rythmée.

En France nous avons la **Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent**, la CFTMEA [54]. Cette classification se veut être complémentaire à la CIM 10. Dans la 5<sup>ème</sup> édition qui est aussi la plus récente, l'autisme se retrouve dans la catégorie 1 : « *Troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence* ». Dans cette catégorie sont distingués plusieurs troubles :

1.00	Autisme infantile précoce – type Kanner
1.01	Autres formes de l'autisme
1.02	Autisme ou TED avec retard mental précoce
1.03	Syndrome d'Asperger
1.04	Dysharmonies multiples et complexes du développement, dysharmonies psychotiques
1.05	Troubles désintégratifs de l'enfance
1.08	Autres TED
1.09	TED non-spécifiés

### 3) Etiologie de l'autisme et mécanismes impliqués

De nos jours, les différentes recherches et les différents professionnels travaillant autour de l'autisme s'accordent à dire que l'autisme aurait une étiologie plurifactorielle. Selon l'**Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)** [38], « *L'autisme et les autres TSA sont liés à des anomalies très précoces – d'origine anténatale – du neurodéveloppement* » et « *il est désormais bien établi qu'il s'agit de maladies d'origine multifactorielle, avec cependant une forte composante génétique* ». De plus pour **Pierre DELION** et **Bernard GOLSE** [16], le seul modèle étiologique plausible de l'autisme est le modèle « *poly-factoriel* ».

Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de théorie unique sur les causes et sur les mécanismes explicatifs de l'autisme. Dans leur ouvrage, **Carole TARDIF** et **Bruno GEPNER** indiquent que « *L'autisme n'est pas une maladie mais un syndrome (c'est-à-dire un ensemble de signe et symptômes), et même un continuum de syndromes relativement hétérogènes, ce qui constitue en soi un problème majeur pour la recherche étiologique. Ainsi il est beaucoup plus approprié de considérer qu'il existe des étiologies multiples des troubles du spectre de l'autisme* » [60].

Il existe différentes hypothèses au sujet de l'étiologie et des mécanismes impliqués dans l'autisme. Ces hypothèses proviennent de différents domaines et sont complémentaires.

a) Aspects génétiques et environnementaux

Du fait de la difficulté dans la recherche de l'étiologie de l'autisme, il est ici question de facteurs de risque et non de causes. Il y a trois types de facteurs de risque différents : les facteurs endogènes, les facteurs exogènes et les facteurs épigénétiques.

**Les facteurs de risques endogènes** : c'est-à-dire internes à l'organisme, ce sont les facteurs génétiques. C'est dans les années 70-80, que des études amènent des résultats confirmant avec quasi-certitude que des facteurs génétiques sont en cause dans la survenue de l'autisme.

La méthode des jumeaux, utilisée par **FOLSTEIN** et **RUTTER [18]** dans leur étude, permet en comparant les taux de concordance entre les jumeaux monozygotes et les jumeaux dizygotes, de montrer la part de contribution des facteurs génétiques et environnementaux dans l'autisme. Ces études ont pu montrer que dans le cas de jumeaux monozygotes, ayant la totalité de leur patrimoine génétique en commun, il y a 70% de risque que l'autre enfant soit lui aussi atteint alors que dans le cas des jumeaux dizygotes, ayant seulement 50% de leur patrimoine génétique en commun, ce risque tombe aux alentours de 4%. La différence dans les taux de concordance d'autisme chez les jumeaux selon la monozygotie ou la dizygotie est un argument fort en faveur de la présence d'un facteur génétique dans la survenue de ce trouble.

Des études familiales ont, elles aussi, permis de montrer que le risque pour un enfant d'être atteint d'autisme est plus élevé que dans la population générale si un enfant est déjà atteint dans sa fratrie. « *Pour un couple ayant déjà eu un enfant autiste, le risque de récurrence est de 2 à 8% ce qui correspond à un risque relatif 20 à 60 fois plus élevé par rapport à la population générale* » [60]. On parle aussi de « *phénotype élargi* » c'est-à-dire que dans une famille où un enfant est atteint d'autisme, on retrouve plus fréquemment dans l'entourage de troubles du spectre autistique, du langage ou encore des troubles émotionnels.

Il y a d'autres arguments en faveur d'une origine génétique dans l'autisme. Chez 10 à 15% des personnes atteintes d'autisme, sont associées des pathologies génétiques ou chromosomiques comme la trisomie 21, le syndrome de l'X fragile, la sclérose tubéreuse de Bourneville ou encore la phénylcétonurie.

Des études internationales débutées il a une quinzaine d'années, ont commencé à identifier plusieurs gènes susceptibles d'être responsables de l'autisme ou de le favoriser. Ces gènes seraient responsables de l'autisme à eux seuls ou avec la présence de facteurs environnementaux. A l'heure actuelle, il y a au moins 200 gènes qui ont été découverts et ces gènes ont pour une grande partie un rôle dans le développement du cerveau ou dans la neurotransmission. Selon la plupart des chercheurs travaillant sur ces gènes, la présence d'un gène ou d'un groupe de gènes ne peut expliquer tous les symptômes et ces derniers seraient donc chacun dépendants de plusieurs gènes.

**Les facteurs exogènes :** c'est-à-dire externes à l'organisme, ce sont les facteurs environnementaux. Ces facteurs sont des événements entourant la naissance d'un enfant qui seuls ou associés ont pu participer à l'apparition de l'autisme. Ils peuvent être organiques ou psychologiques.

On retrouve des facteurs anté-conceptionnels avec par exemple l'exposition de la mère avant la conception à des agents chimiques toxiques, un dysfonctionnement de la thyroïde, des antécédents d'avortements spontanés ou de stérilité et un âge maternel et/ou paternel avancé.

Il y a aussi les facteurs anténataux avec par exemple une infection de la mère par un virus durant la grossesse, une exposition du fœtus à certains antiépileptiques pris par sa mère, la survenue d'hémorragies utérines et de menaces de fausses couches, une dépression maternelle ou encore l'exposition pendant la grossesse à des agents chimiques présents dans l'eau, les aliments et l'environnement.

Les facteurs qui entourent la naissance, les facteurs périnataux, sont par exemple des états de souffrance du nourrisson apparaissant peu avant ou pendant l'accouchement ou encore une prématurité ou une post-maturité.

Et enfin les facteurs néonataux, avec des infections postnatales comme l'herpès, la rougeole ou les oreillons par exemple.

**Les facteurs épigénétiques** : on parle de mécanismes épigénétiques qui entraînent une modification de l'ADN et donc du génome. Ces mécanismes sont la conséquence d'interactions entre les gènes et des facteurs environnementaux. Dans un article, **Bruno GEPNER** indique que « *Le génome porte en lui la possibilité permanente d'une souplesse de son expression, du fait de son ouverture constante sur l'environnement et de l'influence de ce dernier sur lui* » [22]. Un exemple de cette modification est l'exposition du fœtus pendant la grossesse à un antiépileptique : le valproate de sodium. Ces changements au niveau du génome entraînent des altérations au niveau de différents organes et plus particulièrement du système nerveux central ce qui peut entraîner l'autisme.

Ces différents facteurs de risque sont à l'origine d'anomalies dans le développement du système nerveux central et entraînent des troubles dans les fonctions neurobiologiques, neurophysiologiques et neuropsychologiques que nous allons maintenant aborder.

#### b) Aspects neurobiologiques

Dans le domaine de la neurobiologie, les différents facteurs de risque, associés ou non, peuvent être à l'origine d'anomalies au niveau de la construction mais aussi du fonctionnement du cerveau.

Deux types d'anomalies cérébrales ont été trouvés, les anomalies structurales et les anomalies fonctionnelles.

**Les anomalies structurales** sont des anomalies de la construction du cerveau, on y retrouve notamment des anomalies de la croissance cérébrale avec des différences au niveau de la quantité de matière grise et blanche qui peut être augmentée ou réduite dans certaines zones ou encore l'altération d'aires cérébrales.

« *La connectivité fonctionnelle assurant la liaison spatio-temporelle entre des aires cérébrales (corticales et sous-corticales) proches ou éloignées les unes des autres, permet d'assurer chez l'être humain la mise en cohérence simultanée et unifiante de multiples informations en provenance d'un objet de l'environnement* » [22]. Dans l'autisme on retrouve des **anomalies fonctionnelles**, des anomalies au niveau de cette connectivité fonctionnelle. On retrouve chez les personnes atteintes d'autisme une connectivité entre les aires cérébrales diminuée le plus souvent mais pouvant aussi être augmentée dans certains cas.

### c) Aspects neurophysiologiques

En neurophysiologie, il existe un mécanisme très important dans les différents processus d'attention, de perception et de cognition : c'est **la synchronisation neuronale** appelée aussi rythmicité cérébrale. C'est, selon **Bruno GEPNER**, « *la capacité qu'ont les neurones d'une même assemblée neuronale ou d'assemblées différentes de décharger leur contenu vésiculaire à la même fréquence temporelle* » [22], c'est ce qui permet de relier différentes informations venant d'un même objet mais traitées dans différents endroits du cerveau. La synchronisation neuronale est donc reliée à la connectivité fonctionnelle vue plus haut.

Chez les sujets porteurs d'autisme on retrouve des anomalies au niveau de cette synchronisation. Un excès ou un défaut de synchronisation neuronale entraîne des difficultés dans les champs de l'attention, de la perception et de la cognition.

### d) Aspects neuropsychologiques

Dans le domaine de la neuropsychologie, différentes anomalies sont aussi retrouvées chez les sujets porteurs d'autisme.

Tout d'abord, l'une des difficultés retrouvée dans l'autisme est celle de la **saisie des informations sensorielles**. Les informations perçues peuvent alors être atténuées ou décuplées et elles peuvent même fluctuer d'un moment à un autre. Ce défaut au niveau du lien entre les différentes informations provenant de l'extérieur ne permet pas de donner du sens à l'environnement, cela le rend imprévisible et il peut alors être source d'angoisses. Selon différentes études, le sujet atteint d'autisme traiterait les informations sans les décoder car elles n'auraient pas de sens pour lui. L'information est alors saisie et intégrée sans prendre sens et les sujets autistes ont donc moins de difficulté à restituer les informations en écho. Les prouesses de certains sujets à reproduire parfaitement un morceau de musique par exemple, peuvent confirmer cette hypothèse. Comme l'explique **Bernadette ROGÉ** dans son ouvrage, « *la restitution de l'information se fait avec une fidélité qui montre que c'est avant tout une mémoire des données brutes qui intervient au détriment de processus impliquant une interprétation de l'information* » [55].

On retrouve aussi des problèmes dans **le traitement et l'intégration des informations** :

**Uta FRITH** parle d'un manque de « *cohérence centrale* » [21], selon elle les sujets avec autisme auraient des difficultés à établir une cohérence dans ce qu'ils observent de leur environnement. La manière dont ces sujets explorent l'environnement est différente et leur attention est particulière. Par exemple pour ce qui est de la perception visuelle ils vont plutôt regarder l'arrière plan et avoir des temps de fixation plus courts. Généralement, ni la perception ni la cognition ne sont atteintes mais la signification est problématique. C'est le cas dans les situations sociales, où les informations sont implicites.

Selon **Uta FRITH**, **Simon BARON-COHEN** et **Alan LESLIE**, il existerait un déficit de la « *théorie de l'esprit* » chez les sujets autiste [8]. La théorie de l'esprit étant la capacité qui permet d'attribuer des états mentaux aux autres et à soi même afin de prédire et d'expliquer le comportement, ils ne seraient pas conscients de l'existence de ces états mentaux. Pour **Uta FRITH** cela nous interroge sur la conscience de soi du sujet autiste car il faut d'abord se connaître, connaître ses états mentaux avant de pouvoir en attribuer à l'autre.

Cette hypothèse de la théorie de l'esprit se base sur les travaux d'**Alan LESLIE**. Il avait remarqué chez les enfants autistes **une absence du jeu de faire semblant**. Selon lui, sans le jeu de faire semblant, l'enfant ne peut comprendre que les autres ont des pensées, des croyances, etc. Et de ce fait, il comprend difficilement les états mentaux et les comportements de l'autre, il n'accède donc pas à la théorie de l'esprit.

Enfin, il existerait chez les personnes autistes, des **dysfonctionnements au niveau des fonctions exécutives** qui seraient à l'origine de difficultés dans le traitement des informations. Les fonctions exécutives permettant de contrôler et d'adapter l'action à l'environnement, un déficit de ces fonctions entraîne des difficultés d'adaptation et pourrait expliquer la présence d'activités répétitives et stéréotypées chez ces sujets. Ces dysfonctionnements seraient dus à des anomalies du système nerveux central et plus particulièrement au niveau de l'aire frontale.

Les différentes hypothèses énoncées pour les mécanismes explicatifs de l'autisme ne peuvent être généralisées à l'ensemble des particularités de fonctionnement que l'on peut retrouver chez des personnes autistes. Mais elles nous permettent de comprendre au mieux les différents aspects du fonctionnement et de l'adaptation des personnes autistes.

#### 4) Épidémiologie

En 2009, la **prévalence** pour l'ensemble des Troubles Envahissants du Développement (TED) dont l'autisme est selon la HAS [26], de 6 à 7 cas pour 1000 personnes de moins de 20 ans et pour l'autisme infantile elle est de 2 cas pour 1000 personnes de moins de 20 ans. Dans les années 70 la prévalence de l'autisme infantile était beaucoup plus faible. Cette augmentation du nombre de cas peut être expliquée par la modification des critères diagnostics et l'amélioration du repérage des troubles dans la population par les professionnels mais aussi par le développement de services spécialisés dans l'autisme.

**Les facteurs de risque** de l'autisme sont :

- Le sexe : l'autisme est plus fréquent chez les garçons. L'analyse la plus complète [41] du sexe-ratio de l'autisme, publiée en 2017, a extrait des données de 54 études de prévalence dans le monde entier. Cette analyse a estimé environ 4,2 garçons autistes pour chaque fille. Mais le sexe-ratio varie si l'autisme infantile est associé ou non à un retard mental. Lorsque le retard mental associé est modéré voir sévère, le sexe-ratio est inférieur, il se situe autour de 2 garçons pour 1 fille. Lorsque qu'il n'y a pas de retard mental associé le sexe-ratio est beaucoup plus élevé, il est de 6 garçons pour 1 fille.
- Les antécédents de TED dans la fratrie : Lorsqu'il y a déjà un enfant ayant un TED dans la fratrie, le risque est de 4% si le premier enfant est un garçon et 7% si c'est une fille. Ce risque se multiplie si la fratrie est déjà composée de deux enfants porteurs de ce trouble, il peut alors atteindre 25 à 30%. Pour le cas des jumeaux monozygotes, si l'un est porteur, le risque est de 70 à 90% que l'autre soit atteint également.
- Les antécédents pré- et périnataux : ils sont plus fréquents dans les TED que dans la population générale.

**Différents troubles ou pathologies sont fréquemment associés au TED**, la Haute Autorité de Santé (HAS) [26] les a listés :

- Le retard mental est plus ou moins associé selon le type de TED. La prévalence du retard mental est plus importante dans l'autisme infantile que dans les autres types de TED et il n'y a pas de retard mental associé dans le syndrome d'Asperger. 70% des personnes atteintes d'autisme infantile ont un retard mental associé. Dans 40% des cas c'est un retard mental profond et dans 30% des cas il est léger.
- Chez 50 à 75% des personnes avec TED on retrouve des troubles psychiatriques associés. Ces troubles sont difficiles à repérer chez les personnes qui ont un TED associé à un retard mental. Chez l'adulte présentant un TED sans retard mental, les troubles psychiatriques les plus fréquemment associés sont l'anxiété et la dépression.
- L'épilepsie est associée au TED dans 20 à 25% des cas. Ce risque d'épilepsie est plus grand chez les filles que chez les garçons. Lorsque le TED est associé à un retard mental, le risque est plus élevé que si le retard mental n'est pas associé.
- Les troubles du sommeil font partie des plaintes les plus souvent rapportées par les familles. Ces troubles du sommeil sont retrouvés chez 45 à 86% des enfants porteurs d'autisme infantile.
- Des anomalies génétiques peuvent aussi être associées à un trouble envahissant du développement. Les maladies génétiques les plus fréquentes sont : le syndrome de Rett, de l'X-fragile ou encore la sclérose tubéreuse de Bourneville.
- Des pathologies somatiques peuvent aussi être associées à un trouble envahissant du développement.

## 5) Mesures médico-sociales : les différents plans autisme en France

En France, différentes mesures sont prises pour permettre un meilleur accompagnement des personnes atteintes d'autisme et de leurs familles. Ces différentes mesures sont regroupées dans des plans appelés « *plan autisme* ». Ces différents plans sont des programmes composés de différentes mesures établies et financées par le gouvernement.

De 2005 à aujourd'hui, quatre plans autisme se sont succédés :

En 2005 et jusqu'en 2007, c'est le **premier plan autisme [34]**, ce plan aura permis la création d'un Centre Ressource Autisme ou CRA pour chaque région afin de permettre un meilleur accompagnement. Les mesures qui y sont proposées sont, entre autre, d'améliorer la formation des professionnels à la détection et au diagnostic de l'autisme, accélérer la mise en œuvre de l'offre d'accompagnement avec la création de places en institution, faciliter le recours aux outils médicaux du diagnostic et sensibiliser les professionnels de la petite enfance autour de la détection de l'autisme.

De 2008 à 2010 c'est le **deuxième plan autisme [35]**. Ce deuxième plan est divisé en trois axes qui sont : mieux connaître pour mieux former, mieux repérer pour mieux accompagner et diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne. Dans ces trois axes sont répartis huit objectifs tels que : améliorer régulièrement les connaissances, améliorer le niveau de formation des professionnels, améliorer le repérage des troubles et l'accès au diagnostic, favoriser la vie en milieu ordinaire à tous les âges de la vie et expérimenter de nouveaux modèles de prises en charge. Bien que les objectifs n'aient pas été atteints, ce plan a permis la publication par la Haute autorité de santé d'un état des connaissances partagées sur l'autisme et les TED en 2010 [26] et des nouvelles recommandations de bonnes pratiques pour les enfants et adolescents en 2012 [25].

Puis à partir de 2013 et jusqu'à 2017, c'est le **troisième plan autisme [36]**. Ce plan est divisé en cinq grands axes. Le premier axe porte sur le diagnostic et l'intervention précoce, c'est-à-dire dès les 18 mois de l'enfant. Le deuxième axe concerne l'accompagnement tout au long de la vie. Le troisième axe est pour le soutien aux familles, le quatrième pour la poursuite de la recherche et le cinquième est dédié à sensibiliser et former l'ensemble des acteurs de l'autisme. Ce plan a permis des progrès au niveau de la scolarisation et de l'accompagnement et une avancée en matière de diagnostic.

**Le quatrième plan autisme** aussi appelé « *Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement* » [33] a démarré en 2018 et doit se poursuivre jusqu'en 2022. C'est le plan dans lequel nous nous trouvons actuellement. Il se divise en quatre « ambitions » :

- L'ambition 1 : Construire une société inclusive pour toutes les personnes autistes à tous les âges de leur vie.
- L'ambition 2 : Garantir le pouvoir d'agir des personnes autistes et de leurs familles par des interventions adaptées à leurs besoins et respectueuses de leurs choix, au sein de parcours fluides.
- L'ambition 3 : Conforter les équipes de professionnels au service des personnes et de leurs familles dans leur champ de compétence et l'exercice de leurs missions.
- L'ambition 4 : Inscrire la science au cœur des pratiques en structurant une recherche d'excellence et s'assurer du déploiement de la stratégie par une gouvernance adaptée

## II. Développement psychomoteur de l'enfant présentant un trouble du spectre autistique

L'autisme faisant partie des troubles envahissants du développement nous allons voir en quoi le développement de l'enfant autiste est particulier ainsi que les différents domaines du développement touchés dans l'autisme. Il est important de tenir compte du fait que chaque enfant suit un développement qui lui est propre. Même si la triade symptomatique est généralement présente chez les enfants atteints d'autisme, leur développement reste très différent de l'un à l'autre. C'est pourquoi la description des différentes étapes du développement reste générale et ne peut correspondre à tous les enfants autistes.

Nous verrons aussi dans cette partie, les différentes particularités retrouvées chez les enfants avec autisme au niveau corporel, sensoriel et perceptif.

## 1) Sensori-motricité

Le niveau sensori-moteur est la « *première phase du développement de l'intelligence chez l'enfant (jusqu'à dix huit mois environ) précédant l'apparition de la fonction sémiotique et caractérisée par le fait que toute l'activité cognitive dépend directement des réactions sensori-motrices* » [31]. Dans cette étape du développement, l'enfant est confronté à différents flux sensoriels. Petit à petit, ces flux vont lui permettre d'éveiller son intérêt, de le stimuler et ainsi de l'amener à se déplacer, attraper, mettre à la bouche et donc, d'explorer son environnement. C'est ce que l'on appelle la **sensori-motricité**. Ces flux sensoriels permettent à l'enfant de mettre en place des repères et ainsi de s'approprier son environnement à la fois humain et matériel.

Chez l'enfant atteint d'autisme, cette étape du développement se trouve modifiée du fait de particularités se situant au niveau de la sensorialité et, plus particulièrement, au niveau du traitement des informations sensorielles.

### a) Sensorialité

La sensation est un « *phénomène par lequel une stimulation physiologique (externe ou interne) provoque, chez un être vivant et conscient, une réaction spécifique produisant une perception* » [31]. C'est donc la somme des impressions qui proviennent des organes des sens qui entraîne une sensation.

Il existe 3 types de sensorialité [32] :

- La sensorialité extéroceptive : les 6 sens que sont la somesthésie<sup>1</sup>, l'olfaction, la gustation, la vision, l'audition et l'équilibration vestibulaire.
- La sensorialité intéroceptive : la sensibilité des viscères, des vaisseaux et des endothéliums.
- La sensorialité proprioceptive : la sensibilité des muscles, des tendons et des articulations.

---

<sup>1</sup> La somesthésie est le « *domaine de la sensibilité qui concerne la perception consciente de toutes les modifications intéressant le revêtement cutanéomuqueux, les viscères, le système musculaire et ostéo-articulaire* ». Ce sont les sensations tactiles, thermiques, proprioceptives, kinesthésiques et nociceptives. [39]

Dans notre relation au monde c'est la sensorialité extéroceptive qui entre en jeu, c'est par nos 6 sens que les informations du monde extérieur nous arrivent. Chez l'enfant autiste les circuits sensoriels qui le permettent sont intègres mais il existe des hypothèses concernant un dysfonctionnement au niveau des récepteurs. Ce dysfonctionnement entrainerait une sensibilité anormale aux différentes stimulations sensorielles. De plus, il existerait aussi chez ces enfants, des troubles au niveau du traitement et de l'intégration des informations sensorielles qui peuvent se traduire par des réactions plutôt négatives et défensives face à un stimulus qui est normalement considéré sans danger.

On peut aussi retrouver des troubles au niveau de la modulation sensorielle. Le seuil de sensibilité, c'est-à-dire une hypo ou une hyper sensibilité à un stimulus donné, peut varier d'un enfant à l'autre mais peut aussi varier chez le même enfant en fonction du moment de la journée, de son état de fatigue ou encore du contexte dans lequel il se trouve, si il est connu ou non, sécurisant ou non. De même qu'il est parfois difficile pour ces enfants d'intégrer plusieurs informations sensorielles en même temps.

#### b) Traitement des informations sensorielles chez l'enfant autiste

Il existe deux types de systèmes dans le traitement des informations sensorielles. **André BULLINGER** parle de systèmes « *archaïques* » et « *récents* » [12] [13].

Les **systèmes archaïques**, fonctionnels chez l'enfant avant même sa naissance, sont sensibles à la variation du flux sensoriel et en résultent des réactions d'alerte et d'orientation. Ces dernières ont une grande composante tonique et posturale, la réaction d'alerte permet, par la mise en tension de tout l'organisme, l'orientation vers la source de stimulation ou le détournement. Le tonus est ainsi fortement modulé et peut entrainer des réactions émotionnelles plus ou moins importantes.

Les **systèmes récents**, quant à eux, permettent de traiter les dimensions spatiales et temporelles des informations sensorielles. C'est lorsque les coordinations sont possibles et qu'elles permettent un traitement spatial des signaux que ces systèmes entrent en jeu. En relation avec les systèmes archaïques, ils permettent, en plus des réactions d'alerte et d'orientation, deux autres réactions.

Ces réactions sont une réponse de l'organisme sous la forme d'un mouvement orienté dans l'espace : tout d'abord, une évaluation possible de la distance par rapport à la source de stimulation et enfin, une réaction dite de « *consommation* » où le sujet débute une activité d'exploration ou alors de transformation de l'objet. Les réactions toniques se trouvent diminuées par l'anticipation possible des configurations sensorielles pouvant atteindre l'organisme.

Selon **André BULLINGER**, les systèmes privilégiés par les enfants atteints d'autisme pour le traitement et le tri des informations sensorielles sont les systèmes archaïques. La coordination avec les systèmes récents est alors difficile et non sans conséquence : « *Les défauts de cette coordination entraînent des désorganisations toniques. Le système sensoriel archaïque devient irritatif et amène à une mise en tension de tout l'organisme, qui désorganise les conduites. [...] La dimension spatiale et la finalité instrumentale sont perdues* » [13].

#### c) Activités sensori-motrices et instrumentation

« *Maximiser l'efficacité des systèmes sensori-moteurs afin de maintenir une mobilisation tonique – but premier de l'enfant autiste – impose des usages différents des systèmes sensori-moteurs que lorsqu'une efficacité effectrice ou exploratoire est visée* » [12]. **André BULLINGER** nous parle ici du fait que cette particularité dans le traitement des signaux sensoriels par les systèmes archaïques se répercute sur la manière dont l'enfant peut faire de ses systèmes sensori-moteurs des outils pour comprendre et agir sur son milieu, c'est-à-dire sur **l'instrumentation**. L'utilisation de la sensorialité est donc différente chez ces enfants, l'instrumentation qu'ils ont des organes sensoriels est particulière.

Tout d'abord au niveau visuel, il est courant d'entendre parler du regard d'un enfant autiste comme fixe ou bien fuyant. Cela s'explique par le fait que ces enfants ont une instrumentation du système visuel qui privilégie la fonction périphérique. Dans ce cas, lors de la réaction à une stimulation périphérique, l'attention se porte sur la périphérie du champ visuel, les mouvements oculaires diminuent et la posture se rigidifie. La fonction périphérique a alors la fonction d'analyse de l'image qui est habituellement celle du système focal. Ce dernier est alors un point d'ancrage qui permet donc un meilleur traitement des informations de la périphérie du champ visuel [13].

Au niveau tactile, le système archaïque traite les sensations tactiles de manière qualitative c'est-à-dire au niveau de la texture, de la température et de la douleur. Elles sont donc triées de manière binaire : sensations de chaud et de froid, de dur et de mou, d'agréable et de désagréable. La transmission des informations par cette voie se fait de manière plus lente que pour la voie récente et **André BULLINGER** indique que « *la projection au niveau du système nerveux central est bilatérale et n'est pas somatotopique* » [12], les impressions sensibles ne sont donc pas discriminées de manière spatiale dans le système nerveux. Le traitement des sensations tactiles par le système archaïque, mode privilégié dans l'autisme, occasionne une réaction tonique qui peut, à son tour, entraîner une réaction émotionnelle. Les sensations tactiles, à l'origine de réactions émotionnelles fortes, sont activement recherchées par ces enfants car elles permettent l'alimentation d'un flux. Ce dernier contribue, de part le recrutement tonique important qui en résulte, à l'entretien de l'image corporelle et « *l'émotion créée suffit à donner, ici et maintenant, un sentiment d'unicité* » [12]. Ce sentiment d'unicité est nécessaire pour des enfants en proie à des angoisses corporelles importantes que nous verrons plus loin.

Au niveau auditif, la chaîne de réactions habituelle comprend les réactions d'alerte, d'orientation, de distance et de consommation. Hors chez l'enfant autiste, la réponse à un flux auditif ne dépasse pas la réaction d'alerte. Cette dernière étant la seule réaction nécessitant un recrutement du tonus et ne supposant pas un traitement de l'information de manière spatiale. Les conduites de ces enfants face à une stimulation sonore peuvent nous paraître paradoxales. L'enfant adopte alors une posture figée et ne semble pas entendre le stimulus ce qui peut faire penser à une surdité. Mais, parfois, un bruit faible provoquera une réaction d'orientation vers la source sonore ce qui permet de ne pas confondre avec une surdité. Selon **André BULLINGER**, l'instrumentation de la réaction d'alerte et le recrutement tonique qui en résulte, auraient pour but l'effet émotionnel et non pas l'orientation vers la source du stimulus [12]. Du fait de leur instrumentation sensorielle particulière, ces enfants ne traitent pas spatialement les signaux sonores et la coordination entre la variation des flux d'information et les mouvements de la tête est donc absente.

La proprioception est la perception que chacun a de manière consciente ou non de la position de son corps et de chacun de ses membres dans l'espace. Elle résulte de données sensorielles provenant des sources tactile, kinesthésique et labyrinthique [31]. À la fois composée de données dynamiques et spatiales du corps, elle en permet sa représentation [12]. L'enfant atteint d'autisme s'attache plus particulièrement aux sensations produites par ses gestes que par l'effet qu'ont ces derniers sur l'espace, ce qu'**André BULLINGER** nomme « *les traces* » [12]. Ces enfants recherchent alors à maximiser ces sensations et multiplient donc les situations qui le permettent, c'est le cas des enfants qui marchent sur la pointe des pieds entraînant une tension musculaire forte. Le but de la marche devient alors la création de ces sensations. Il en est de même pour les mouvements de bras. A ce sujet, **André BULLINGER** indique que « *les espaces du corps, des mouvements et des déplacements sont investis dans leurs dimensions sensori-motrices au détriment de représentations de type spatial* » [12].

L'enfant atteint d'autisme est donc constamment déstabilisé par des stimulations sensorielles qui vont entraîner une modification du tonus. Comme l'explique **Dorota CHADZYNSKI**, il est alors moins disponible pour réaliser des conduites instrumentales comme manger, s'habiller, etc. « *Ce sont les mêmes structures dans le système nerveux central qui règlent l'équilibre sensori-moteur et l'orientation cognitive. Si elles sont occupées pour régler les soubassements toniques, il reste peu de place pour le cognitif* » [44].

## 2) Perception

La perception est le processus qui permet à l'organisme de recueillir, interpréter et comprendre les informations extérieures grâce aux sens. Plusieurs étapes composent ce processus. À l'origine il y a un stimulus puis c'est la sensation par les organes des sens. Cette sensation passe par les zones du cerveau spécialisées dans le traitement des informations sensorielles, elle est alors interprétée et devient perception sensorielle. Cette perception va être ensuite reliée à des représentations mentales, des concepts, c'est la compréhension. La perception de la cuillère sera reliée au concept de l'alimentation par exemple [9].

Les sensations étant traitées différemment dans l'autisme, leur perception se trouve elle aussi impactée. Dans son ouvrage **Olga BOGDASHINA** parle d' « *expériences sensorielles et perceptives possibles dans l'autisme* » [9].

Ces expériences sont :

- **L'incapacité de distinguer l'information du premier plan et celle de l'arrière plan :** les sujets atteints d'autisme ont des difficultés à filtrer l'information du premier plan et de l'arrière plan et à différencier les stimuli pertinents de ceux qui ne le sont pas. La scène est perçue comme une entité unique, l'information sensorielle est alors très détaillée mais les détails ne sont pas traités simultanément, on parle de perception « *Gestaltiste* »<sup>1</sup>. Lorsqu'un détail change, la scène entière se trouve alors changée ce qui peut entraîner des angoisses, de la peur ou de la frustration chez ces sujets.
- **Hypersensibilité et/ou hyposensibilité :** l'hypersensibilité c'est quand le canal est trop ouvert et trop d'informations arrivent au cerveau pour être traitées contrairement à l'hyposensibilité ou le canal n'est pas assez ouvert et donc trop peu de stimulations arrivent au cerveau. Tous les canaux sensoriels peuvent être concernés. Chez un même sujet et dans différentes situations, il peut y avoir une hypersensibilité ou une hyposensibilité venant d'un même canal sensoriel. Ces sur ou sous stimulations peuvent entraîner des stéréotypies visant à s'apaiser, contenir la douleur en cas d'hypersensibilité ou de réveiller le système nerveux pour mieux capter les stimuli en cas d'hyposensibilité.
- **Perception fragmentée :** du fait de leur perception *Gestaltiste*, quand beaucoup d'informations arrivent et qu'elles doivent être traitées simultanément, les personnes autistes ne sont pas capables de diviser l'image entière en plusieurs parties et d'ainsi identifier les différentes choses qui la composent : les personnes, les objets et l'environnement. Ils fixent alors leur attention sur des morceaux de la scène qui s'offre à eux. On peut rapprocher cela de la théorie de la cohérence centrale d'**Uta FRITH** (traitée plus haut), ils voient le monde qui les entoure de manière moins globale et plus analytique. Cette perception du monde fragmentée peut alors

---

<sup>1</sup> Gestalt : Fait, pour une entité perceptive, d'être traitée par le sujet comme un tout plutôt que comme une juxtaposition de parties [31]

expliquer le besoin d'immuabilité retrouvé chez ces sujets et l'anxiété présente quand leur environnement se modifie. « *Une chose déjà familière, peut leur devenir soudain, terriblement étrangère, si des éléments insignifiants ont été changés* » [9].

Lorsqu'une situation familière est, par exemple, modifiée par un meuble déplacé, un manteau qui n'est plus le même, un parfum différent, elle devient alors étrangère et angoissante pour la personne autiste.

- **Inconsistance de la perception** : cela se traduit par la fluctuation entre hyper et hyposensibilité. C'est l'exemple d'un enfant qui paraîtra sourd à certains moments et aura une vive réaction à un stimulus pourtant familier pour lui.
- « **La perception littérale** » : les sujets atteints d'autisme peuvent voir des choses sans les interpréter ou les comprendre.
- **Perception déformée** : les déformations de la perception les plus couramment rapportées par les sujets autistes sont les suivantes : « *amoindrissements et déformations de la perception de l'espace, la profondeur, vision du monde en deux dimensions, « vision double », déformations des formes, des tailles et des mouvements* » [9]. Ces déformations entraînent une perception différente de l'espace qui les entoure.
- **Agnosie sensorielle** : le sujet autiste incapable de filtrer les informations sensorielles se retrouve alors submergé par ces dernières. La conséquence à cela est que ces sujets vont avoir des sensations mais ne pourront leur donner un sens, les interpréter.
- **Perception différée** : le sujet autiste ayant une perception fragmentée a besoin d'un certain temps pour traiter les informations qui lui parviennent et y répondre. Les expériences nouvelles même similaires à des expériences déjà vécues sont perçues par le sujet autiste comme inhabituelles et imprévisibles, ce qui peut être source d'angoisse. La répétition d'une situation ne permet pas au sujet autiste de s'y habituer, il ne peut généraliser une expérience vécue et l'étendre à des situations similaires.

- **Vulnérabilité à la surcharge sensorielle** : dans certaines situations les sujets autistes peuvent se sentir surchargés par les informations sensorielles. Selon **Olga BOGDASHINA** :

« *Les causes de surcharge de l'information peuvent être les suivantes :*

- *Incapacité à filtrer et séparer les informations inutiles ou excessives*
- *Traitement différé de l'information*
- *Lorsque la personne travaillant sur un seul canal est forcée de suivre l'information sur d'autres canaux*
- *Perception déformée ou fragmentée provoquant de l'anxiété de la confusion, du stress ou la frustration qui, à leur tour peuvent entraîner une hypersensibilité » [9].*

**Donald MELTZER** a, lui aussi, écrit au sujet de la perception chez les sujets autistes, il définit la notion de « **démantèlement** » qui est un mécanisme à l'œuvre chez les bébés au tout début de leur vie et un mécanisme de défense présent dans l'autisme. Ce mécanisme de défense permettrait de ne pas être débordé par les sensations venant de l'environnement grâce au cloisonnement de chaque modalité sensorielle. C'est un mécanisme passif qui correspond à la suspension de la capacité d'attention. Selon **Donald Meltzer**, « *le démantèlement se produit selon un procédé passif consistant à laisser les sens variés, spéciaux et généraux, internes et externes, s'attacher à l'objet le plus stimulant de l'instant* » [50]. Les objets sont alors perçus en morceaux porteurs d'une qualité sensorielle et ne permettant pas de donner du sens aux perceptions et de former des pensées.

Il propose aussi un modèle de compréhension du fonctionnement mental en quatre dimensions. Ce modèle permet de comprendre comment l'enfant autiste perçoit le monde qui l'entoure, les rapports qu'il entretient avec l'environnement extérieur et donc avec son propre corps. Meltzer a alors décrit des mondes différents selon leur spatialité. Le monde quadridimensionnel est celui qui correspond au monde investi lorsque le développement psychique est harmonieux.

- **Unidimensionnalité** : dans le monde unidimensionnel, les objets ont la seule qualité d'être attirants ou repoussants. Le rapport au monde est ponctuel et caractérisé par l'absence ou la présence de stimulations. Le monde est alors perçu seulement au moment où il y a sensation. Cela peut se traduire dans les moments où l'enfant est immobile, sans réaction et comme accroché à une stimulation, l'environnement ne semble alors ne pas exister pour lui. Le temps n'est pas distingué de la distance. L'expérience est une série d'évènements qui ne peuvent être pensés ou mémorisés.

*Pendant le temps de pause dans la cour, Louis est allongé dans la coquille. Il semble éteint, les yeux dans le vide, mais attentif à quelque chose. Est-il réduit à une stimulation, un son qui l'attire, la sensation particulière procurée par le contact de son corps sur la surface de la coquille ?*

- **Bidimensionnalité** : ici le rapport au monde se fait sous forme de relation de surface, de collage. Il n'y a pas de différence entre intérieur et extérieur, pas d'espace contenant ni de profondeur. Le corps est alors vécu comme une surface plane. Les objets seraient traités sensation par sensation et les sujets autistes entreraient donc en contact avec ces derniers par une seule modalité sensorielle à la fois. Ceci revient à la notion de démantèlement car un objet pour être perçu comme distinct doit être mantelé. Ce rapport au monde peut se traduire par l'imitation en miroir ou encore l'écholalie.

Faute d'espace psychique pour assembler les expériences, les relations aux objets ne peuvent alors pas s'enrichir les unes aux autres.

Dans ce fonctionnement mental, la relation au temps serait, selon **Donald Meltzer**, « essentiellement circulaire » c'est-à-dire que les sujets autistes ne pourraient envisager un changement durable, des arrêts ou des modifications. Ces changements seraient alors vécus comme « *un effondrement des surfaces* » [50].

*A son arrivée à l'hôpital de jour, Noé<sup>1</sup> longe les murs comme absorbé par les sensations que cela lui procure. De plus on remarque chez lui de l'écholalie et tout changement entraîne de grandes angoisses. Il semble alors être dans une perception du monde bidimensionnelle.*

- **Tridimensionnalité** : c'est l'apparition de la notion d'intérieur et d'extérieur. L'enfant fait petit à petit l'expérience de son corps comme un objet contenant avec un espace à l'intérieur. C'est dans ce monde interne que peut apparaître la pensée. L'enfant expérimente la peau comme fonction contenant et limitante. Cette mise en place d'un dedans et d'un dehors se fait avec la mise en place d'une « fonction sphincter » et donc de la maîtrise des orifices. Ces derniers, sans contrôle, peuvent alors être vus comme des trous béants, c'est là qu'apparaissent des angoisses de perte, angoisses de perdre une partie du corps ou de ce qui se trouve à l'intérieur du corps.

Dans ce mode de perception le temps est oscillatoire, il n'est plus indifférencié de la distance comme dans l'unidimensionnalité, ni circulaire comme dans la bidimensionnalité. Il est fait de mouvements entre l'intérieur et l'extérieur de l'objet. **Donald MELTZER** indique que « *le temps devient alors l'époux implacable du destin, cet agent du monde extérieur opérant au hasard avec d'imprévisibles conséquences* » [50].

Dans cette période, l'identification projective opère, le sujet projette dans l'objet des parties de lui-même et cet objet devient donc identifié à des parties du Soi. De plus, le sujet projette les objets internes vers l'extérieur et ils sont alors identifiés à des parties du monde environnant. Ces parties deviennent alors la représentation des objets internes. **Anne-Marie LATOUR** parle d'« *analogies corps-espace* » et « *corps-objet* » [47].

---

<sup>1</sup>L'étude du cas de Noé sera davantage détaillée au chapitre 2, page 66.

*Lors d'un groupe « jeux », Tao rassemble les banquettes en mousse pour en faire une sorte de cabane sans ouverture et dans laquelle il a pris soin de mettre son doudou et quelques jouets. Il n'accepte pas l'intrusion d'un autre enfant ou d'un adulte dans cette cabane et semble particulièrement attentif à son étanchéité. Il semble ici expérimenter la fonction contenante de la cabane, qui est bien fermée et d'où rien ne peut sortir et dans laquelle rien ne peut entrer, mais aussi de son propre corps.*

- **Quadridimensionnalité** : Selon **Donald MELTZER**, « c'est seulement une fois établie la lutte contre le narcissisme et réduite l'omnipotence avec laquelle l'intrusion et le contrôle sont imposés aux bons objets dans le monde intérieur et extérieur, que la conception d'un monde en quatre dimensions peut commencer ». Le temps est maintenant perçu de manière linéaire avec la possibilité d'une fin, d'une séparation définitive possible qu'est la mort. L'enfant peut alors se sentir comme un être à la fois permanent, unifié, individué et différencié de sa mère. La séparation est devenue supportable et devient source d'échanges, de communication.

Le mécanisme identificatoire est devenu introjectif, le sujet peut alors garder la signification émotionnelle des événements sans avoir besoin de projeter sur l'autre les émotions difficiles à supporter.

Le sujet autiste va fluctuer, au cours d'une même journée, entre l'uni, la bi et la tridimensionnalité en fonction des situations auxquelles il est confronté.

La manière dont le sujet perçoit son environnement nous renvoie à la manière dont s'est construite son image du corps.

### 3) Développement de l'image du corps

#### a) Image du corps

**Françoise DOLTO** dans son ouvrage [17], nous parle de l'image du corps. Cette dernière est selon elle constituée de :

- **L'image de base** : assure à l'enfant une « *mêmeté d'être* », un sentiment de continuité spatio-temporelle.
- **L'image fonctionnelle** : « *alors que l'image de base a une dimension statique, l'image fonctionnelle est image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir* ». Cette image fonctionnelle permet l'établissement du schéma corporel et a pour but de satisfaire les désirs. Il est important que cette image « *permette une utilisation adaptée du schéma corporel* » [17].
- **L'image érogène** : se focalise dans les lieux du corps où plaisir et déplaisir permettent d'érotiser la relation à l'autre et ouvre la voie au plaisir partagé. Il est alors important que « *l'image érogène ouvre au sujet la voie d'un plaisir partagé, humanisant en ce qu'il a valeur symbolique et peut être exprimé par mimique et agir, mais avec des mots dits par autrui, mémorisés en situation par l'enfant, qui se servira d'eux à bon escient quand il en parlera* » [17].

Lors des différentes étapes du développement de l'individu, ces images sont constamment en remaniement, elles se transforment et s'articulent les unes par rapport aux autres. Elles sont reliées entre elles, maintenues en cohésion par ce que **Françoise DOLTO** appelle « **image dynamique** ». Cette image dynamique correspondrait aux pulsions de vie soutenues par le désir du sujet de communiquer avec un autre.

**Anne-Marie LATOUR** indique que le postulat de **Françoise DOLTO**, d'une image du corps qui organise les représentations des liens à soi, à l'autre et à l'environnement que le sujet développe, « *permet de prendre en compte toute l'importance de l'expérience du corps dans la relation à l'autre comme constitutive de l'identité subjective de l'individu* » [49]. C'est donc avec son corps et dans la relation, en interaction, que l'enfant peut se construire comme sujet.

b) Image du corps chez le sujet autiste

**Françoise DOLTO** évoque aussi le cas des sujets avec autisme, qui vivraient selon elle dans un schéma corporel sans image du corps, « *un vivre muet* ». « *Le sujet autiste ou psychotique reste captif d'une image incommunicable, image animale, végétale, ou image de chose, où ne peut se manifester qu'un être-animal, un être-végétal ou un être-chose, respirant et pulsatile, sans plaisir ni peine* » [17]. **Anne-Marie LATOUR** parle des obstacles rencontrés dans l'organisation de l'image du corps chez les enfants autistes, dans ces « *bouts d'image du corps* ». Elle décrit aussi les « étapes » de cette construction [49] :

- « ***N'être qu'un point*** » : cette étape rejoint la notion d'unidimensionnalité de **Donald MELTZER**. L'enfant est attiré par des « *points* », des endroits dans son environnement qu'il appréhende de manière sensorielle. Cela peut être un point sonore, visuel, tactile, proprioceptif, etc. « *Ces différents « points » se juxtaposent sans se relier, un point est perçu après l'autre mais non conjointement* » [49]. C'est un monde binaire qui se caractérise par la présence ou l'absence d'un stimulus.
- « ***N'être qu'une surface, adhérer, se coller*** » : « *Etre surface c'est vivre dans un monde dans lequel n'existent que les surfaces sensorielles excitées (visuelles, tactiles, gustatives, auditives, olfactives proprioceptives, vestibulaires), dans lequel les objets (y compris les personnes) n'ont d'autres significations que sensorielles* » [49]. Ces enfants se collent aux sensations pour ressentir une certaine continuité car ils n'ont pas de représentation de la discontinuité. Le sujet met alors en place un « *continuum entre le monde et lui* » pour ne pas percevoir la discontinuité, source d'angoisses importantes, qui se trouve entre les deux.

Cela nous renvoie à la bidimensionnalité de **Donald MELTZER**, le sujet perçoit le monde sur un mode uniquement sensoriel, et non exploratoire. On retrouve alors des phénomènes d'adhésivité, ce qu'**Esther BICK** nomme « *indentification adhésive* », comme par exemple l'écholalie ou l'échopraxie qui permettent au sujet de ne pas percevoir la différenciation. Certains enfants vont même se coller physiquement au corps de l'adulte, aux murs, aux objets.

*Louis se dirige vers moi. Plus il s'approche plus la distance qui nous sépare devient faible voir inexistante, il plonge ses yeux dans les miens et prend mes deux mains dans les siennes tout en m'adressant la parole. Une fois qu'il a terminé de me parler, Louis semble avoir du mal à se détacher de mes mains et de mon regard. À ce moment, j'ai l'impression qu'il est comme collé à moi, ses mains sont collées aux miennes, ses yeux accrochés aux miens. Comme si, pour lui, son corps et le mien ne faisait qu'un.*

Cette adhésivité ne permet pas, selon **Anne-Marie LATOUR** de construire l'objet. L'enfant autiste perçoit l'objet comme une succession de sensations et non pas comme un objet ayant une fonction et permettant la projection de représentations. Il ne peut pas construire l'objet comme il ne peut pas construire son corps.

- « **N'être que pli et tube** » : tout d'abord l'enfant autiste s'intéresserait aux creux et aux plis. **Anne-Marie LATOUR** donne l'exemple d'un enfant qui, au lieu de se servir de sa main pour tenir un objet, se sert de son aisselle. « *Chez Pascal, la main n'est pas encore dégagée du corps mais l'idée de « saisir quelque chose » est présente et mise en lien avec l'exploration d'un contenant, plus exactement avec le pourtour d'un contenant* » [49].

Puis l'enfant s'intéresse aux bords, aux limites. L'enfant est à la recherche de délimitation, « *peut être commence à exister pour lui une surface qui, par endroits, trouve une limite* » [49].

Ensuite il expérimente le tube, fait des transvasements, à ce moment là c'est le flux d'eau qui l'intéresse. Petit à petit il expérimente les différentes fonctions du tuyau : laisser couler, retenir, etc. Et ce sont ces expérimentations, avec la manipulation des tuyaux et des tubes, qui permettent à l'enfant « *une mise en forme de la représentation du corps* » [49].

c) Angoisses corporelles dans l'autisme

**Anne-Marie LATOUR** parle de l'« *accrochage à l'hypertonie* » retrouvé chez les enfants autistes. Le tonus ainsi augmenté de manière involontaire donne une « *consistance momentanée* » au corps et permettrait de lutter contre les angoisses corporelles retrouvées chez ces enfants. Ces angoisses sont aussi appelées « *archaïques* » ou « *primitives* ». **Jérôme BOUTINAUD** en parle dans son ouvrage [10] :

Il y a l'angoisse de « *l'épanchement* », le corps n'est alors pas perçu comme un contenant permettant de contenir les parties du Self alors envisagées comme liquides.

Cette peur de se liquéfier peut être associée à la **peur de chute interminable**, « *la peur de se trouver plonger dans un tourbillon où tous les repères spatiaux seraient abolis* ».

Des angoisses peuvent être reliées à l'adhésivité retrouvée chez certains sujets autistes, peur de « **décollement** », de « **perforation** », **Jérôme BOUTINAUD** relie aussi ces peurs à la notion de bidimensionnalité de **Donald MELTZER**, « [...] *qui sont des peurs associées à une ébauche très primitive d'un Moi corporel pouvant être envisagé, à la suite de Meltzer, comme en deux dimensions et à la façon d'une feuille de papier. Le corps n'étant pas perçu comme possédant un dedans et un dehors, ce ne sont pas des terreurs liées à l'intrusion qui dominant mais plutôt le risque d'une déchirure* » [10].

D'autres angoisses semblent se situer dans le registre de la tridimensionnalité avec la notion d'un dedans et d'un dehors : **angoisses d'effondrement, d'implosion, d'amputation, de pénétration**, etc.

d) Phénomènes de clivage

Dans l'autisme, il est question de mécanismes de clivage. Ces mécanismes de clivage sont des mécanismes de défense. Plusieurs auteurs en parlent tels que **Geneviève HAAG** ou encore **Anne-Marie LATOUR**.

Il existerait différentes sortes de clivage. Tout d'abord, selon **Anne-Marie LATOUR**, chez les sujets autistes, ces mécanismes de clivage vont concerner essentiellement le domaine des sensations. Selon **Geneviève HAAG [24]**, les clivages présents chez le nourrisson et disparaissant petit à petit dans la relation à l'autre, perdurent et sont alors repérables chez l'enfant autiste.

Ces clivages persistant chez les sujets autistes sont décrits par **Anne-Marie LATOUR** dans son ouvrage [49] :

- Le « **Clivage corporel vertical gauche/droite** », repérable chez le sujet autiste par des comportements particuliers pouvant aller jusqu'à prendre l'allure d'une hémiplégie. Le tonus des deux hémicorps est différent, tout un côté du corps semble être négligé. Cela se traduit par une démarche particulière pouvant être décrite comme « penchée », des difficultés pour réaliser des tâches demandant la coordination des deux hémicorps ou encore l'impossibilité pour ces enfants de croiser leurs membres sur l'axe. On retrouve à une autre étape de ce clivage des enfants qui vont avoir besoin de tenir deux objets identiques dans chacune de leurs mains.
- Le « **Clivage vertical devant/derrière** », l'avant et l'arrière, le dos et le ventre ne semblent pas former un ensemble. Chez ces enfants, le dos semble ignoré ou perçu comme un trou béant qu'il faudrait combler en se « collant » à l'autre ou à un mur. Le ventre peut lui aussi être perçu de cette manière et les sujets autistes vont alors chercher à bloquer ce trou en plaçant des objets contre leur ventre.
- Le « **Clivage haut/bas** », chez l'enfant autiste l'intégration du bas du corps ne semble pas s'être faite ou alors de manière imparfaite. Ceci peut expliquer les angoisses de chute, d'éclatement ou d'effraction, de vidage et d'intrusion, notamment par les orifices sans sphincter ou dont la maîtrise n'est pas acquise. On peut alors observer des enfants qui semblent ne porter aucun intérêt pour le bas de leur corps. Cela se traduit lors de la marche. En marchant sur la pointe des pieds avec les bras en chandelier ou le regard en l'air, ces enfants semblent s'accrocher en haut « *comme si, pour se tenir malgré tout et ne pas tomber, il valait mieux s'accrocher, se suspendre en haut car « en bas » n'est pas assuré* » [49]. On peut aussi le remarquer chez des enfants qui, lorsqu'ils ramassent un objet au sol, ne plient pas les genoux et se plient en deux au niveau du bassin.

*J'ai pu remarquer chez Noé ce clivage haut/bas lors de l'habillage et du déshabillage à la pataugeoire. Il peut, par moment, abandonner le bas de son corps aux mains de l'éducatrice pour qu'elle le déshabille, comme si ce dernier ne lui appartenait plus. Lorsqu'il se déshabille seul, Noé ne se sert pas de ses bras et de ses mains pour retirer pantalon, chaussettes et chaussures. Il se sert de ses pieds pour sortir ses chaussures et ses chaussettes et ne peut spontanément se servir de ses mains pour retirer son pantalon, c'est l'adulte qui doit alors lui signifier qu'il peut les utiliser.*

#### 4) Tonus et motricité

Le développement psychomoteur correspond au développement des capacités motrices en lien avec la maturation du système nerveux central, ce qui permet à l'enfant de passer d'une motricité réflexe à une motricité volontaire. Pendant son développement psychomoteur, l'enfant prend au fur et à mesure le contrôle de ses muscles par la répétition d'expériences motrices et en fonction de sa perception de l'environnement, « *c'est donc grâce aux comportements d'exploration que l'enfant accède à de nouvelles perceptions qui, par le biais des affordances, génèrent de nouvelles formes motrices au cours du développement* » [1]. Comme nous l'avons vu précédemment, les perceptions de l'enfant autistes étant particulières, son développement psychomoteur peut alors être altéré au niveau :

- Du tonus : on retrouve souvent une hypotonie de fond, des difficultés dans l'ajustement tonique et dans la régulation tonico-émotionnelle ainsi que des synchronies toniques ou d'imitation c'est-à-dire des mouvements parasites. On peut aussi retrouver des hypertonies et particulièrement au niveau des membres inférieurs avec par exemple des enfants qui pour ramasser un objet au sol ne plient pas les genoux mais penchent seulement le buste.

Le tonus élevé retrouvé chez certains sujets autistes peut s'expliquer par la notion d'« **accrochage à l'hypertonie** » dont parle **Anne-Marie LATOUR** et qui permet de lutter contre les angoisses corporelles.

- De la posture : c'est l'exemple des enfants qui marchent sur la pointe des pieds ou encore les enfants qui se tiennent avec les bras en chandelier.

*Enzo marche plutôt rapidement et sur la pointe des pieds. Sa démarche est particulière, on pourrait la qualifier de dansante, avec un déhanché marqué. Son regard est orienté vers le ciel et ses bras sont en chandelier.*

- De la motricité globale : avec des difficultés de coordination, d'ajustement des mouvements à la situation et de la vitesse d'exécution lors d'activités motrices impliquant le tronc et les membres et nécessitant la coordination de plusieurs groupes musculaires comme la marche. La difficulté se retrouve aussi dans la planification, c'est-à-dire l'orientation vers un but et l'organisation dans l'espace et le temps. On peut mettre cela en lien avec les troubles de la régulation tonique ainsi que les difficultés dans la perception de l'espace évoquées plus haut.
- De la motricité fine : c'est-à-dire « l'ensemble des activités motrices impliquant un mouvement des membres supérieurs sans déplacement du centre de gravité » [51]. Dans leur ouvrage, **Julien PERRIN** et **Thierry MAFFRE** parlent d'une prise plus faible avec un manque de force, une lenteur dans les tâches de dextérité et la vitesse digitale. Ces enfants peuvent alors avoir des difficultés dans l'utilisation d'outils au quotidien comme un crayon ou un couvert et, de ce fait, des difficultés dans l'apprentissage de l'écriture par exemple. Ce que l'on peut aussi relier aux troubles de la régulation tonique et de perception de l'espace.
- Des coordinations bimanuelles : c'est-à-dire au niveau de la coordination des deux mains pour la manipulation d'objets, « la main préférée fait l'action mais l'autre imite, soutient ou complète » [1]. Chez les enfants atteints d'autisme ces coordinations bimanuelles sont difficiles du fait d'un défaut au niveau de l'intégration de l'axe corporel sur le plan de l'image du corps, entraînant une absence de rassemblement des hémicorps. Cela peut rappeler la notion de clivage corporel gauche/droite dont parlent **Geneviève HAAG** et **Anne-Marie LATOUR**.

- De la dominance manuelle : selon plusieurs études [51], les enfants TSA sont plus fréquemment latéralisés à gauche que les enfants non TSA et ils sont souvent latéralisés plus tard. Pour ce qui est des performances motrices, il y a peu de différences entre la main dominante et la main non dominante. Il arrive que ces enfants ne choisissent pas leur main dominante pour une action, changent de main suivant l'activité et souvent utilisent indifféremment l'une ou l'autre de leurs mains pour une même activité.

#### 5) Développement relationnel et social

Dans son ouvrage [55], **Bernadette ROGÉ** regroupe différentes recherches effectuées au sujet des aspects émotionnels et sociaux de l'autisme. Elle fait alors état des particularités que l'on retrouve dans le développement social des sujets avec autisme. Ces derniers sont moins souvent engagés dans les interactions en face à face, suivent peu le geste pointé et se retournent moins à l'appel de leur nom. **Bernadette ROGÉ** parle de « *réponses sociales aberrantes* ».

Les interactions ne sont pas absentes, les enfants autistes peuvent réagir à la présence d'une personne en se tournant vers elle, en l'approchant, mais ces interactions sont moins fréquentes et plus brèves. Les enfants autistes ont moins de difficulté à être en relation avec des adultes qu'avec d'autres enfants, car les adultes peuvent soutenir l'interaction, attirer l'attention de l'enfant, le guider dans la relation contrairement aux autres enfants qui peuvent se sentir décontenancés face à la communication particulière de l'enfant autiste et sont alors moins habiles que des adultes pour soutenir la relation. Les adultes ont aussi, la plupart du temps, des réactions plus prévisibles et donc moins angoissantes que les enfants.

*Noé est constamment avec un adulte, sa relation avec les autres enfants est particulière. Par moment il ne semble pas les voir, son regard glisse sur eux sans accroche. Mais à d'autres moments il peut montrer de l'hétéro-agressivité ce qui se traduit par des attaques envers les enfants et il peut alors les griffer.*

Les enfants autistes se trouvent en difficulté dans la coordination des différentes modalités du comportement social, ils peuvent alors parler sans regarder la personne à qui ils s'adressent, utiliser des expressions faciales qui ne sont pas en rapport avec la situation, le contexte. **Bernadette ROGÉ** décrit aussi des « [...] *difficultés dans la communication triadique impliquant l'attention conjointe et dans le tour de rôle en situation dyadique* » [55].

On peut aussi remarquer que ces enfants ont du mal à « *partager l'expérience sociale* », ils utilisent plus souvent les gestes permettant d'attirer l'attention de l'adulte pour faire une demande et satisfaire un besoin que pour partager un intérêt avec lui. Ils peuvent aussi se servir du corps de l'adulte pour se procurer un objet ou effectuer une action sur ce dernier.

On retrouve des particularités dans la communication gestuelle, dans la vocalisation, les mimiques, ou encore le regard qui entraînent des difficultés dans la mise en place d'interactions. « *L'expérience sociale des enfants autistes est donc perturbée par un ensemble de difficultés dans la compréhension et dans l'expression émotionnelle* » [55].

### III. Prises en charge et traitements

Dans un rapport [6] réalisé par le **Centre Ressource Autisme** (CRA) du Languedoc-Roussillon, les différents types de traitements et de prises en charge de l'autisme existants en France et dans le monde ont été référencés et listés. En France, la **Haute Autorité de Santé** (HAS) a publié des recommandations de bonnes pratiques listant les pratiques recommandées, non consensuelles et non-recommandées pour la prise en charge de l'autisme.

Dans cette partie il sera donc question des différentes prises en charge existantes en France et des recommandations données par la HAS pour ces prises en charge.

## 1) Programmes globaux d'intervention

Les programmes globaux d'intervention sont des programmes qui visent à fournir un ensemble d'interventions coordonnées aux sujets atteints d'autisme.

Selon la HAS [25], « *sont recommandées auprès de l'enfant les interventions personnalisées, globales et coordonnées débutées avant 4 ans et fondées sur une approche éducative, comportementale et développementale* ».

Ces interventions doivent être :

- Précoces, c'est-à-dire débutées entre 18 mois et 4 ans et elles doivent durer au minimum 2 ans ;
- Personnalisées ;
- Fondées sur des objectifs fonctionnels ;
- Généralisées aux différents lieux de vie de l'enfant ;
- Mises en œuvre par une équipe formée et régulièrement supervisée ;
- Organisées et structurées dans un environnement adapté aux besoins de l'enfant.

Il existe différents types de programmes globaux d'intervention :

- **Les programmes d'interventions à référence comportementale** : sont des programmes développés en Amérique du Nord et Europe du Nord principalement. Ils impliquent un travail systématique sur les compétences cognitives, motrices et sociales.

L'objectif est le développement de nouvelles stratégies afin de permettre de modifier les comportements et donc de passer d'un comportement inadéquat à un comportement plus adapté socialement. Les caractères précoces et intensifs de ces programmes sont pensés pour permettre des progrès dans différents domaines (cognitif, moteur, social) et une amélioration à long terme de l'évolution des enfants atteints d'autisme.

Ces programmes demandent une participation et un investissement important de la part des parents, de plus ce sont des programmes très onéreux. Ils dérivent de la méthode ABA ou *Applied Behaviour Analysis* qui s'appuie sur la théorie de l'apprentissage de **SKINNER**<sup>1</sup>. Cette méthode consiste à observer et analyser les comportements afin de déterminer ce qui les influence et ainsi développer des stratégies pour les changer en comportements socialement plus adaptés.

- **Les programmes d'intervention à référence développementale** : tel que le programme TEACCH ou Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (programme pour le traitement et l'éducation d'enfants autistes ou ayant des handicaps dans le domaine de la communication).

Ce programme s'intéresse plus aux capacités de l'enfant qu'à ses déficits. Il repose sur plusieurs critères, la structuration de l'environnement permettant les apprentissages et l'autonomisation, des modifications de l'environnement adaptées aux déficits de l'enfant et une liaison pérenne entre professionnels et parents permettant la continuité de cet enseignement tout au long du développement de l'enfant.

L'objectif de ce programme à long terme est de permettre à la personne porteuse d'autisme, une fois adulte, de s'intégrer dans la société. Ce programme, contrairement aux autres, garde une certaine continuité de l'accompagnement tout au long de la vie du sujet.

Il y a aussi le programme de Denver, qui associe des éléments comportementaux et éducatifs. Ce programme concerne les enfants entre 2 et 6 ans.

Dans ce modèle le jeu est un support d'apprentissages. L'éducation y est intégrée à des interactions ludiques et positives avec l'adulte. C'est par l'apprentissage de gestes, signes et mots que se développe la cognition, que ce soit de la communication ou encore de la fonction symbolique. L'objectif est de permettre le développement social et émotionnel de part les relations interpersonnelles.

---

<sup>1</sup> Burrhus Skinner est un psychologue et un penseur influent du *behaviorisme* ou comportementalisme.

- **L'inclusion en scolarité ordinaire partielle ou totale** : les enfants atteints d'autisme peuvent être accueillis en milieu scolaire mais plusieurs solutions de scolarisation existent.

L'inclusion n'est pas le seul moyen de prise en charge de ces enfants. La scolarisation peut se faire en classe spéciale, en classe intégrée ou encore en intégration individuelle. Suivant le niveau d'autonomie, des compétences et des modalités de communication et d'interaction de l'enfant, il pourra être scolarisé dans une classe ordinaire à l'école maternelle, dans une classe spécialisée<sup>1</sup> à l'école primaire. Puis dans le secondaire, il pourra être scolarisé en classe ordinaire, en Section d'Enseignement Général Adapté (SEGPA) ou encore dans une Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS). Il est aussi possible, si les troubles de l'enfant le nécessitent, qu'il soit scolarisé dans une structure spécialisée tel qu'un Institut Médico-Éducatif (IME) ou un Institut Médico-Professionnel (IMPRo) par exemple.

Dans l'intégration en milieu ordinaire, il est question d'une approche multidisciplinaire des besoins de l'enfant.

La scolarisation des enfants atteints d'autisme permet la socialisation et donc le développement des interactions sociales avec les autres enfants. Elle est souvent articulée en complémentarité avec une prise en charge pluridisciplinaire proposée par différents centres de soins : les hôpitaux de jour, les Centre Médico-Psychologiques (CMP), les Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) ou encore des prises en charge dans le secteur libéral.

- **Les prises en charge institutionnelles à référence psychanalytique** : Selon **Jacques HOCMANN, Paul BIZOUARD et Claude BURSZTEJN [28]**, « *Les soins institutionnels consistent à offrir à l'enfant, à travers des dispositifs variés, des lieux et des temps de rencontre où les conflits et les mouvements qui affectent sa vie psychique peuvent être repérés et mis en relation significative ; ceci vise à lever progressivement les contraintes qui pèsent sur son fonctionnement mental. Ce travail d'élaboration d'abord fondé sur des théories psychopathologiques, en grande partie d'inspiration psychanalytique, s'appuie aussi, aujourd'hui, sur les recherches des sciences cognitives qui confirment souvent ou précisent les intuitions des cliniciens* ».

---

<sup>1</sup> Exemple de la CLIS ou Classe pour L'Inclusion Scolaire.

Nous retrouvons fréquemment ce type de prises en charge dans les institutions françaises, qu'elles soient médico-sociales ou sanitaires. Elles s'inspirent principalement du champ théorique qu'est la psychanalyse. Dans ces institutions, la psychothérapie est accompagnée d'autres actions pouvant aussi bien être éducatives, rééducatives que pédagogiques. Dans ces prises en charge, on cherche à favoriser chez l'enfant la relation à l'autre et à soi. Les différents moyens mis en place permettent à l'enfant de construire ses capacités de représentation et de réinvestir son appareil psychique.

Selon la HAS [25], ces prises en charge font partie des « *interventions globales non consensuelles* », à différencier des « *interventions globales non recommandées* », c'est-à-dire que l'absence de données sur leur efficacité et la divergence des avis exprimés, ne permettent pas de conclure à la pertinence de ces interventions.

- **Les prises en charge intégratives** : elles sont inspirées de différents champs théoriques et les interventions proposées dans le cadre de ces prises en charges sont multiples. L'intervention est précoce, intensive et personnalisée.

C'est l'exemple de la Thérapie d'Échange et de Développement. Cette thérapie se base sur une conception neuro-développementale de l'autisme et elle a pour principes la simplification de l'environnement spatial de l'enfant et des stimulations, l'échange et l'imitation mais aussi la réalisation de séquences motrices fonctionnelles. Ces prises en charges intégratives sont souvent accompagnées d'autres interventions comme de la rééducation, des psychothérapies ou encore des activités scolaires.

## 2) Interventions focalisées

Les interventions focalisées, sont « *les interventions ayant un caractère séquentiel ou relevant d'une approche focalisée (c'est-à-dire visant à traiter une partie de la symptomatologie ou à fournir une aide éducative ou rééducative dans un domaine limité). Ces interventions peuvent faire partie des éléments constitutifs de programmes globaux différents* » [6].

Il existe donc plusieurs domaines de fonctionnement pouvant être déficitaires dans l'autisme et pour lesquels il existe des interventions focalisées. Il y a les domaines :

- De la communication et du langage
- Des interactions sociales
- Cognitif
- Sensoriel et moteur
- Du comportement et des émotions
- Somatique
- De l'autonomie dans les activités quotidiennes
- Des apprentissages scolaires et professionnels
- De l'environnement matériel

Ces interventions, qui visent à améliorer un domaine en particulier, sont proposées sous forme de séances et sont en général plus limitées dans le temps que les programmes globaux d'intervention. Selon la HAS, « *un même professionnel peut, au travers des activités proposées, viser des objectifs fonctionnels dans plusieurs domaines de fonctionnement de l'enfant. Il est cependant important de rappeler que les activités visant un domaine spécifique ne se généralisent pas forcément dans les autres domaines, d'où la nécessité pour les professionnels de s'assurer de la généralisation à d'autres contextes des acquisitions réalisées dans un contexte spécifique* » [25].

### 3) Traitements médicamenteux

« *Aucun traitement médicamenteux ne guérit l'autisme ou les TED* » [25]. Néanmoins certaines pathologies sont fréquemment associées à l'autisme et elles peuvent nécessiter des traitements médicamenteux. Il est recommandé par la HAS d'utiliser les traitements médicamenteux pour la prise en charge de la douleur, de l'épilepsie associée et pour les comorbidités associées à l'autisme. En seconde intention ils peuvent être utilisés en cas de dépression ou d'anxiété associée, de troubles sévères du comportement et en cas de troubles du comportement ou de troubles du sommeil.

Ces traitements ne doivent pas être une alternative aux autres interventions mais sont plutôt complémentaires à ces dernières.

---

Chapitre 2 : *La pataugeoire : un outil dans la prise en charge psychomotrice de l'enfant ayant un trouble du spectre autistique*

---

## I. La pataugeoire : de l'eau à son utilisation en psychomotricité

### 1) Histoire, dispositif et technique de la pataugeoire

#### a) Naissance d'une technique

Dans son ouvrage [49], **Anne-Marie LATOUR** décrit l'invention de la technique de la pataugeoire. Auparavant les enfants autistes et psychotiques étaient accueillis et traités dans des structures parmi d'autres populations d'enfants, déficients mentaux et polyhandicapés. En 1978 est créé l'hôpital de jour « *La Pomme Bleue* » et c'est dans ce contexte que les professionnels ont dû découvrir ces enfants, apprendre à les connaître et aussi « *développer des modalités de prises en charge adaptées* ». La technique de la pataugeoire, inventée par **Pierre LAFFORGUE**, fait donc partie de ces inventions, de ces nouvelles prises en charge répondant aux besoins nécessaires et particuliers que demande l'accueil de ces enfants.

C'est en observant les enfants autistes dans le jardin de l'hôpital de jour que l'idée de cette technique lui est venue. Ces enfants avec lesquels il était difficile de communiquer semblaient être attirés par les flaques d'eau, « *y sautaient, s'y miraient et y pratiquaient de fascinantes stéréotypies sur les bordures et les éclats de lumière* ». Lui vient alors l'idée d'une « **flaque thérapeutique** » à l'intérieur d'un bâtiment et un espace où la communication serait facilitée.

Les concepts théoriques utilisés dans le cadre de cette pratique permettent, selon **Anne-Marie LATOUR**, l'observation, la réflexion pour s'ajuster aux problématiques de chaque enfant, et l'évolution de la technique. « *Les concepts doivent être compris comme des outils pour penser* », « *la théorie est venue nous aider à mettre en forme ce travail* ». C'est d'abord le traitement et l'observation des comportements de ces enfants qui est la priorité à la pataugeoire et la théorie est un apport permettant de les comprendre, de s'y ajuster et d'y répondre au mieux. Différents concepts sont utilisés en pataugeoire et sont cités par **Anne-Marie LATOUR** : les travaux de **Didier ANZIEU** ; les conceptions piagétienne du développement de l'enfant ; des conceptions kleinienne et postkleiniennes avec **Frances TUSTIN**, **Wilfried BION** et **Donald MELTZER** ; les travaux de **Françoise DOLTO** sur l'image du corps, d'**Esther BICK** sur l'observation directe du nourrisson et de **Geneviève HAAG** sur le moi corporel. Cela a permis d'établir un cadre théorique solide autour de la pataugeoire.

## b) Le cadre

À la pataugeoire on peut parler de plusieurs cadres qui permettent de limiter, envelopper et contenir tout en permettant l'exploration et l'expérimentation. Il y a :

- **Un cadre spatial et matériel** : « *l'espace-pataugeoire* » inventé par **Pierre LAFFORGUE** est avant tout un « *environnement architectural* » pour l'enfant. C'est une petite pièce entièrement carrelée où rien de l'extérieur ne peut être distingué depuis l'intérieur. Cette pièce est divisée en deux espaces bien différenciés. Lorsque l'on entre dans la pièce on se trouve dans l'espace dit « sec » où se déroule habillage et déshabillage et où se trouve l'observateur. L'espace dit « mouillé » est l'espace où se trouve la flaqué et où évolue l'enfant. Ce cadre définit donc des limites spatiales et permet ainsi de créer une certaine contenance. La construction de l'espace se fait parallèlement à la construction de l'espace du corps, il est alors possible d'envisager que le cadre spatial permette la métaphorisation du corps de l'enfant.

Pour ce qui est de l'aspect matériel du cadre, dans la partie mouillée, se trouvent différents objets à la disposition de l'enfant et des soignants. Tout d'abord un robinet à rotation sur lequel est fixé un tuyau souple pouvant être pincé. Dans cette espace se trouve aussi un miroir dans lequel l'enfant peut se voir entièrement et plus particulièrement pendant qu'il manipule l'eau et les objets. On trouve aussi une baignoire de bébé et une panière de jouets. Ces jouets sont permanents et spécifiques : récipients, tuyaux souple et rigide, éponges, passoires, poires, bateaux qui flottent, une famille de personnages, des poupons sexués, un biberon, un tube de crème, etc. Ce sont des jouets et objets qui ont été choisis car ils permettent des manipulations simples pour l'enfant tel que : transvaser, remplir et vider, garder, etc.

Pour **Anne-Marie LATOUR**, l'enfant fait habituellement et sans cesse des analogies entre son corps et l'espace avec ses objets. L'enfant attribue à l'espace et aux objets les fonctions et propriétés du corps, « *il y projette aussi une intériorité, ce qui lui permet de jouer et donc de se re-présenter (depuis l'extérieur) ses propres états émotionnels, ses propres scénarios, ses propres théories infantiles* » [47]. Cet espace et les objets qu'il contient sont donc essentiels pour permettre à l'enfant un accès à la représentation et à la symbolisation.

- **Un cadre temporel** : les séances de pataugeoire sont hebdomadaires et se déroulent en quatre temps. Le premier est le temps de l'arrivée de l'enfant et de son déshabillage. Puis vient le temps à proprement parlé de la pataugeoire où l'enfant explore, expérimente et joue avec l'eau et où le soignant observe et commente ce qu'il s'y passe. Ensuite c'est la fin de la séance, le moment de stopper l'écoulement de l'eau et de la laisser s'évacuer, le moment du rhabillage et le moment de quitter la pièce. Enfin le quatrième et dernier temps est le temps de régulation. Les soignants présents à la pataugeoire prennent alors un temps pour repenser la séance en se servant des observations de chacun, des notes de l'observateur et des appuis théoriques pour chercher à mettre du sens, faire des liens et des hypothèses de compréhension.

Le cadre temporel est, de part ses limites, un cadre structurant. Il permet ainsi de délimiter un avant, un pendant et un après.

- « **Un cadre dans la tête** », expression de **Pierre LAFFORGUE** dont parle **Anne-Marie LATOUR [49]**. Ce cadre est constitué d'une « *enveloppe institutionnelle* », d'appuis théoriques et d'un « *temps pour penser* » : moments de prise de notes et de régulation.

Le cadre n'est pas uniquement un espace « *architectural* », c'est aussi un espace-temps comprenant une certaine régularité avec des horaires fiables et la permanence des objets et des personnes qui s'y trouvent. Le cadre n'est donc pas seulement constitué de dimensions physiques, il est mis en forme et en acte par le soignant. C'est une dimension de la pensée et ce dernier en est le garant, de par le cadre qu'il a dans sa tête.

Ce cadre assure la fonction de « *holding* » décrite par **Donald Woods WINICOTT** et dont parle **Anne-Marie LATOUR**, c'est « *maintenir et se maintenir dans le temps, tenir bon* ». Malgré les attaques, le dispositif est les soignants sont affectés mais restent les mêmes et permettent ainsi à l'enfant d'avoir le sentiment d'une « *continuité d'existence* », concept introduit par **Donald Woods WINICOTT** et décrit par **Didier HOUZEL [30]**, c'est grâce à ce sentiment que l'intégration du moi est possible.

On peut aussi rapprocher les fonctions du soignant et du cadre qu'il a dans la tête aux fonctions du « *Moi-peau* » de **Didier ANZIEU** [4]. A travers le « *holding* », c'est la « *fonction de contenance* » qui est assurée, les angoisses, les affects projetés, les « *productions archaïques* » [49] sont contenues. La « *fonction de maintenance* » est elle aussi assurée. L'enfant peut faire des projections, s'exprimer sans risquer de se détruire lui, de détruire le cadre ou encore le soignant. Et c'est à travers les limites, les règles et les interdits qu'il pose, que le soignant assure la « *fonction de pare-excitation* ».

**Anne-Marie LATOUR** indique que les productions archaïques de l'enfant sont accueillies et transformées permettant ainsi de garantir l'intégrité du cadre. Cette transformation s'opère, en partie, dans le langage. Ce dernier tient une place importante à la pataugeoire et les commentaires qui y sont fait doivent accueillir les dimensions émotionnelle et affective. Le commentaire du soignant part d'abord d'un constat, il est teinté d'émotions et affecte le vécu de l'enfant.

c) « La technique de la pataugeoire »

« Ce travail porte sur la manipulation de l'eau avec le corps entier (l'immersion y est très limitée), dans un espace clos et intime à travers l'utilisation d'objets simples (pour une grande part, des contenants de différentes formes et fonctions) et en présence de soignants attentifs : à la pataugeoire, il s'agit d'avantage de travailler avec l'eau que dans l'eau ».

**Anne-Marie LATOUR** [48]

À la pataugeoire, l'enfant joue sans être en immersion dans l'eau, contrairement à d'autres pratiques telles que le bain thérapeutique ou la balnéothérapie. Selon **Pierre LAFFORGUE** cette différence est que « *l'enfant joue sans être en immersion et que le soignant peut faire des commentaires en touchant, massant, jouant avec l'enfant sans être lui-même en immersion et en tenue de bain* ». Cette différence permet une distanciation qui facilite le travail de verbalisation, cela permet alors d'aborder des choses régressives sans « *contact de collage corporel* » [46].

## 2) L'eau

L'eau est un « *Liquide incolore, inodore et sans saveur à l'état pur, formé par combinaison d'hydrogène et d'oxygène, de formule chimique H<sub>2</sub>O ; un des quatre éléments de la physique ancienne* » [31]. Dans cette partie nous allons voir les différentes propriétés de ce liquide ainsi que ses effets sur le corps et les répercussions possibles sur les affects.

### a) Les différentes propriétés de l'eau et leurs effets sur le corps

Un corps au contact de l'eau est soumis à différentes propriétés que sont :

- **La mobilité** : L'eau étant un corps continu et sans rigidité, il coule facilement, remplit tous les interstices et s'étale en surface.
- **Le principe d'Archimède** : est un principe qui énonce que « *Tout corps plongé dans un fluide éprouve une poussée verticale, dirigée de bas en haut, égale au poids du fluide qu'il déplace et appliquée au centre de gravité du fluide déplacé, ou centre de poussée* » [39]. C'est ce qui explique que, dans l'eau, un corps flotte grâce aux modifications de la pesanteur, un phénomène d'apesanteur est ainsi créé. Ce phénomène entraîne des modifications du tonus, celui-ci doit s'ajuster en permanence du fait de la suppression des appuis et la recherche d'équilibre est elle aussi permanente. Le fait de pouvoir flotter dans l'eau va permettre de se sentir porté par l'eau, le corps paraît alors plus léger et les mouvements sont facilités.
- **La pression hydrostatique** : « *est une pression qu'exerce l'eau sur la surface d'un corps immergé* » [42]. Cette pression dépend de la profondeur et entraîne une stimulation constante sur les différentes parties du corps qui sont immergées. Ces stimulations de nature extéroceptive permettent de ressentir les contours de la peau, les limites du corps qui sont au contact de l'eau.

- **La résistance hydrodynamique** : selon **MOLLE** « *Un corps en mouvement dans un liquide subit une résistance qui s'oppose à son avancement. Elle dépend du coefficient de résistance du liquide, de la surface du corps, et de l'angle d'attaque et de la vitesse de déplacement* ». Cette résistance stimule les capteurs extéroceptifs et implique des efforts, la contraction des muscles, tout cela va déclencher des informations proprioceptives et permettre une meilleure perception des membres et une meilleure sensation des mouvements.
- **La consistance** : l'eau est un fluide et a la capacité d'envelopper tous les corps ce qui permet de leur donner des contours, des limites entre intérieur et extérieur. C'est un liquide enveloppant qui permet au sujet de ressentir son corps comme étanche, avec un dedans et un dehors. De part, la stimulation, les sensations qu'elle va créer au contact de la peau, elle va permettre d'enrichir le vécu sensitif et l'enveloppement par l'eau va permettre un ressenti d'unité corporelle. **Didier ANZIEU** a décrit les huit fonctions du Moi-Peau, on peut rapprocher cette propriété de l'eau à la fonction « *d'individuation du Soi* » « [...] *qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique* » [4].  
L'eau est aussi un liquide contenant permettant un travail autour d'une autre fonction de la peau. **Didier ANZIEU** parle de la fonction « *contenante* » du Moi-peau. L'eau en créant une enveloppe tout autour de la peau met en avant cette fonction contenante de la peau.
- **La température** : dans l'eau les échanges thermiques sont plus importants que dans l'air. Dans l'eau un corps se refroidit donc plus vite. Les récepteurs thermiques sont ainsi stimulés et envoient au système nerveux central des informations à la fois thermiques mais aussi de localisation et cela entraîne des réactions au niveau de l'activité motrice qui pourra être augmentée par l'effet stimulant de l'eau froide ou au contraire diminuée par l'action sédative de l'eau chaude permettant ainsi la détente.

- **La transparence** : est la « *propriété qu'a un corps, un milieu, de laisser passer les rayons lumineux, de laisser voir ce qui se trouve derrière* » [31]. Du fait de cette propriété, il est possible de voir ce qu'il se passe sous l'eau, on peut ainsi voir les objets mais aussi les différentes parties du corps qui y sont immergées. L'image restituée à travers l'eau est, cependant, quelque peu déformée. La transparence de l'eau permet d'appréhender le fond et d'ainsi accéder à une troisième dimension : la profondeur.
- **Le répondant** : selon **Catherine POTEL** « *L'eau prolonge le mouvement tel un écho et les mouvements de l'eau sont témoins du mouvement des corps* » [53]. C'est-à-dire que dans l'eau, tout mouvement entraîne une réponse et, contrairement à l'environnement aérien, dans l'environnement aquatique cette réponse est visible. Le mouvement que nous produisons dans l'eau nous est renvoyé par cette dernière sous forme de vagues, d'éclaboussures ou encore de bulles. Cette réponse est proportionnelle à l'intensité du mouvement. S'il est vif la réponse sera brusque, l'eau sera alors agitée, c'est le cas des éclaboussures. Si au contraire notre mouvement est doux, la réponse de l'eau sera plus calme, quand on se pose délicatement sur l'eau elle nous porte. L'eau permet ainsi de refléter nos actions.

De part ses différentes propriétés, l'eau entraîne la modification des sens et des fonctions :

- **La vision** : de part sa transparence il est possible de voir sous l'eau mais la vision peut alors être brouillée, floue. La vision sous l'eau se trouve alors plus limitée qu'en temps normal, il est possible de distinguer des objets de part leur couleur mais il est plus difficile d'appréhender leurs formes, leurs contours. On peut aussi distinguer des déplacements dans l'eau mais il est plus difficile de tirer des informations pouvant nous renseigner sur les distances et l'espace en général.
- **L'audition** : de même que les images, les sons sont modifiés par l'eau. L'eau fait effet de filtre, elle laisse passer certains sons mais elle les déforme aussi. Il est difficile, sous l'eau, de percevoir la source du son, sa direction ou sa signification. De plus les sons émis sous l'eau vont provoquer des vibrations, des déplacements d'eau et vont donc atteindre les récepteurs tactiles présents sur la peau.

- Au niveau du **système tactile** : « *La peau est particulièrement sollicitée dans ce travail dans l'eau, que cela soit dans les déplacements en verticalité, les vibrations des sons, ou les mouvements de l'eau qui caresse et masse* » [53]. Le toucher permet d'être renseigné sur la température, la texture, la consistance et la résistance du milieu dans lequel on se trouve grâce à la peau qui nous enveloppe.

Selon **Joël SAVATOFSKI** « *on ne peut toucher sans être touché soi-même* » [58], lorsqu'une personne est au contact de l'eau, il la touche et peut alors en tirer différentes informations tactiles mais l'eau du fait de sa fluidité le touche aussi, elle stimule ainsi constamment les récepteurs cutanés.

- Effets sur la **respiration** : dans l'eau la respiration se trouve modifiée. Alors que sur Terre nous inspirons par le nez et nous expirons par la bouche, dans l'eau c'est l'inverse. Nous inspirons par la bouche et expirons par le nez empêchant ainsi l'eau de pénétrer les voies aériennes. Sous l'eau il est impossible de respirer, nous nous retrouvons alors en apnée. Cependant l'expiration sous l'eau est possible créant ainsi bulles d'air et mouvements d'eau. Lorsque nos poumons sont emplis d'air nous flottons mais si nous vidons ces derniers, nous descendons peu à peu dans la profondeur de l'eau.

#### b) L'eau et les affects

De part ses différentes propriétés et ses effets sur les sens et les fonctions, l'eau peut entraîner différentes réactions. Ces réactions diffèrent aussi suivant les personnes, chacun a son propre vécu avec l'eau, une histoire personnelle et intime. Et c'est cette histoire qui va influencer sur nos réactions au contact de l'eau. Ces réactions peuvent être :

- La **peur** : l'eau peut être vue comme un milieu à risque, comme un danger. Cela peut créer de la peur, des angoisses comme celle de l'asphyxie ou encore de la noyade.

L'angoisse est un « *Sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminés et se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, sudation, dyspnée, accélération du rythme cardiaque, vertiges, etc.)* » [39]. Ces angoisses se traduisent donc à travers le corps et peuvent prendre la forme de réactions de défense, d'hypertonie ou encore d'agitation.

Lorsque cette peur de l'eau est pathologique, on parle alors d'aquaphobie ou d'hydrophobie. L'eau peut alors être perçue comme intrusive, pouvant pénétrer par tous les orifices et plus particulièrement chez les sujets n'ayant pas suffisamment intégré les limites de leur corps cela se rapporte à l'angoisse « *d'épanchement* » dont parle **Jérôme BOUTINAUD [10]**.

*Lors de ses toutes premières séances de pataugeoire, Noé est très angoissé au moment de faire s'évacuer l'eau. Cela se traduit par une hypertonie et Noé s'éloigne alors le plus possible du siphon et colle son dos contre un mur. Noé semble avoir peur d'être emporté par l'eau, peut-être même, de s'y diluer. Cette angoisse peut traduire une indifférenciation entre son corps et l'eau, la limite serait floue.*

Cette peur de l'eau peut aussi s'originer dans de mauvaises expériences qui sont ramenées à la conscience lors du contact avec l'eau. La peur de l'eau peut être transmise par un parent à son nourrisson lorsqu'il lui donne un bain par exemple. Le bain peut alors être rapide, sans échange, sans jeu et sans communication et peut donc être vécu comme désagréable par le nourrisson.

Néanmoins la période où l'eau est perçue comme un danger a une place importante dans le développement de l'enfant, cela traduit la prise de conscience et l'accès aux notions de profondeur et de volume.

- Le **plaisir** : « *État affectif agréable, durable, que procure la satisfaction d'un besoin, d'un désir ou l'accomplissement d'une activité gratifiante* » **[31]**.

Du fait de sa température, du bercement, de l'enveloppement et du portage qu'elle procure, l'eau peut aussi être source de plaisir. C'est par la diminution du tonus, la détente corporelle mais aussi la détente psychique que ce plaisir peut se traduire. La détente va ainsi permettre l'exploration du milieu qu'est l'eau.

Lorsque les limites du corps sont bien intégrées et que l'eau est perçue comme différenciée de la peau, qu'elle n'est plus vécue comme intrusive, elle devient un objet extérieur avec lequel il est possible de jouer et qui peut être maîtrisé. L'eau objet peut alors être explorée permettant ainsi plaisir et expérimentation.

La détente procurée par l'eau peut être à l'origine d'un phénomène de régression.

- La **régression** : est un « *Retour à un stade antérieur du développement psychique* » [39], c'est le passage d'un état plus avancé à un état plus archaïque.

Selon **Anna FREUD [19]**, la régression fait partie des mécanismes de défense, c'est un moyen de s'adapter aux difficultés rencontrées, une fuite des conditions inhabituelles de la vie.

La régression permet de revivre des étapes antérieures du développement et ainsi accéder à de nouvelles expérimentations, découvertes et acquisitions.

*Noé s'est allongé sur le dos dans la pataugeoire, il a replié ses jambes sur son ventre il semble apaisé. Puis il met ses pieds dans l'eau et bat des jambes, l'eau s'agite, Noé éclabousse et joue avec l'eau. Un sourire apparaît sur son visage puis ce sont des rires qui émergent. Des rires mais aussi des sons qui me font penser à du babillage. À ce moment, Noé présente un comportement régressif, ce n'est plus un garçon de 8 ans que je vois en face de moi mais un tout petit.*

### 3) Utilisation de la pataugeoire en hôpital de jour

Dans le cadre de mon stage de troisième année au sein d'un hôpital de jour, j'ai pu participer aux séances de pataugeoire et y tenir la place d'observatrice.

Dans le cadre de cet hôpital de jour, les séances sont hebdomadaires et durent trente minutes. Ces séances sont intégrées au projet personnalisé de chaque enfant nécessitant cette prise en charge. Elles sont inscrites dans l'emploi du temps de l'enfant de même que les autres prises en charge dont il bénéficie (temps de groupe, psychothérapie, ateliers, etc.). Les soignants présents pendant ces séances sont formés à la pataugeoire Pierre Lafforgue.

Une pièce est entièrement réservée à la pataugeoire avec un espace sec pour le déshabillage comprenant des chaises, un meuble de rangement contenant des serviettes, et sur un mur sont fixées des patères auxquelles sont accrochés des maillots de bain d'enfants. Ce pan de mur sépare la partie sèche de la partie mouillée, un espace laissé ouvert permet d'y accéder. Dans cet espace mouillé entièrement carrelé, c'est le dénivelé du sol qui permet de garder l'eau dans la flaqué. On y trouve aussi un robinet raccordé à un tuyau souple, un miroir pouvant être masqué par un rideau, une petite baignoire, une caisse remplie d'objets et de jouets, et un pot.

La pataugeoire fait donc partie des médiations utilisées au sein de cet hôpital de jour dans le cadre de la prise en charge d'enfants avec TSA.

Pour ce qui est de sa place dans les recommandations de bonne pratique données par la HAS [25], la pataugeoire étant une approche psychanalytique de l'autisme, elle se situe dans les « *interventions globales non consensuelles* ». Selon la HAS, c'est l'absence de données sur leur efficacité et la divergence des avis exprimés qui ne permettent pas de conclure à la pertinence des ces interventions.

#### 4) Le médiateur, la médiation en psychomotricité

##### a) Définitions

Le mot médiateur vient du latin « *mediator* », c'est ce qui produit une médiation. La médiation, elle, vient du verbe latin « *mediare* » qui signifie diviser, c'est le « *fait de servir d'intermédiaire entre deux ou plusieurs choses* » [31].

En psychomotricité on différencie deux choses : l'« **objet de médiation thérapeutique** » que l'on peut rapprocher du mot « *médiateur* » et qui désigne la pratique d'un sport, d'une activité manuelle ou encore un objet comme le ballon ou la pâte à modeler ; et la « **médiation** » qui désigne les phénomènes transitionnels rencontrés dans le dispositif thérapeutique [2].

## b) Médiation psychomotrice

Selon **Catherine POTEL** « *la médiation qu'elle soit corporelle ou autre, propose un espace « entre » intermédiaire et un objet commun à partager et à créer ensemble, cet objet étant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe* » [52].

La médiation thérapeutique a pour objectif, dans cet espace créé entre patient et thérapeute, de permettre au sujet de se construire dans la relation. On peut aussi parler de « *cocréation* » avec le thérapeute [2]. **Jérôme BOUTINAUD** parle d'un « *étayage de l'espace transitionnel* » se situant autour d'un objet ou d'une activité partagés à deux ou à plusieurs [10]. Selon **Catherine POTEL** : « *Les médiations ont comme objectifs :*

- *de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions,*
- *de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant, d'aider à la transformation des éprouvés en représentation* » [52]

En psychomotricité on peut parler de médiations corporelles car le corps en est la préoccupation principale et essentielle. Les vécus du corps dans la relation, dans les échanges, sont la matière première de ces médiations et c'est en les canalisant et les orientant qu'elles permettent à ces vécus d'être symbolisés, de devenir « [...] *matière à transformation et à élaboration psychique* » [2].

Dans la médiation, ce qui est le plus important ce n'est pas la technique, c'est avant tout les expériences qu'elle permet et les résultats de ces expériences, les effets produits. Et ce sont ces effets, ces vécus corporels qui vont pouvoir être transformés et élaborés psychiquement c'est-à-dire symbolisés et qui, ainsi transformés vont produire des changements chez le sujet. La médiation va permettre, dans la relation intersubjective, de communiquer quelque chose du non communicable et ainsi en permettre la symbolisation.

## c) Notion de « médium malléable »

**René ROUSSILLON** définit dans son ouvrage [56] le concept de *médium malléable* à la suite de **Marion MILNER**.

Pour René ROUSSILLON, « *Le médium malléable est une chose, un objet qui devient dans l'animisme infantile le représentant-chose ou représentant-objet de la représentation, de la fonction représentative* », c'est « *l'objet transitionnel du processus de représentation* ». L'objet, le médium malléable est donc un support de représentation.

Un médium malléable, tel que l'eau, possède cinq propriétés que René ROUSSILLON a listées :

- **Indestructibilité** : de part sa nature malléable, l'objet peut être atteint et déformé mais pas détruit. La destructivité peut être expérimentée sans pour autant détruire l'objet. Peu importe quelle force, quel geste, quel mouvement on imprimera à l'eau, elle ne sera, pour autant, jamais détruite.
- **Extrême sensibilité** : « [...] à toute variation quantitative » [56], il faut peu d'effort et d'énergie pour le modifier et même en changer la forme. Un léger mouvement dans l'eau peut créer de petites vagues, l'eau a ainsi changé de forme, le mouvement l'a modifiée.
- **Indéfinie transformation** : le médium malléable peut prendre toutes les formes. Il a la capacité de changer de forme tout en restant lui-même. Et c'est parce qu'il est indéfiniment transformable qu'il est à la fois indestructible et extrêmement sensible. C'est le cas de l'eau qui peut prendre la forme du contenant dans lequel elle se trouve.
- **Disponibilité inconditionnelle** : sans sa disponibilité, son indéfinie transformation ne peut être expérimentée.
- **Substance animée** : cette caractéristique du médium malléable résulte de l'interdépendance des autres et c'est, selon René ROUSSILLON, la plus difficile à penser. « *Bien qu'en lui-même le médium malléable soit une substance inanimée, il est nécessaire que l'enfant, à un moment ou à un autre, puisse le considérer comme une substance vivante, animée* » [56].

Le psychomotricien remplissant lui aussi ces cinq caractéristiques, nous pouvons ainsi dire qu'il tient le rôle de médium malléable.

La pataugeoire est une médiation de l'eau, médium malléable, qui permet donc, en son sein, la représentation et la symbolisation. Ces notions sont importantes dans la prise en charge des enfants avec TSA ayant des difficultés pour se représenter le monde qui les entoure. Ce dernier est pour eux un amas de sensations auxquelles il est difficile de donner sens. Le corps tient une place importante à la pataugeoire, il est au cœur de la relation et des échanges. On pourrait donc parler de médiation corporelle ou encore de médiation psychomotrice.

#### 5) Un regard psychomoteur : ma place d'observatrice à la pataugeoire

Dans son ouvrage [49], **Anne-Marie LATOUR** décrit le rôle de l'observateur à la pataugeoire. Il doit observer et noter tout ce qui s'offre à lui, toutes les attitudes et activités, tous les déplacements, mots et sons de l'enfant. **Pierre LAFFORGUE** parle de « *lecture corporelle* », la manière dont l'enfant occupe l'espace, le choix et l'utilisation qu'il fait des objets ainsi que les signes comportementaux sont des éléments qui nous permettent d'avoir plus d'informations sur les préoccupations qui le traversent. Il doit aussi observer et prendre en compte à la fois ce que produit l'enfant mais aussi les interventions des soignants, qu'elles soient verbales ou non. Il ne peut faire de commentaires ou jouer avec l'enfant durant la séance. Ses notes sont ensuite reprises pendant le temps de régulation qui suit la séance. Elles sont décryptées et chacun, aussi bien les soignants que l'observateur, peut y associer sa propre réflexion et ses propres hypothèses.

Lors de mon stage au sein d'un hôpital de jour, j'ai adopté ce rôle d'observatrice dans le cadre de la prise en charge en pataugeoire de Noé<sup>1</sup>. Le psychomotricien et l'éducatrice co-animant déjà cette séance, il était important de garder une certaine continuité dans la prise en charge, d'en garantir le cadre tout en me permettant d'y participer. C'est pourquoi ce rôle d'observatrice était le plus approprié à la situation.

Cette place a pu, au départ, m'apporter un léger sentiment de frustration et m'a amenée à me questionner. Le psychomotricien n'est-il pas le professionnel du corps en relation ? Il travaille avec le dialogue tonico-émotionnel ou encore l'investissement via le corps, car c'est dans ce dialogue qu'il s'ajuste corporellement pour s'adapter au mieux à son patient. Je me demande alors comment je peux me servir de ce rôle en tant que future psychomotricienne.

---

<sup>1</sup> Etude de cas page 66

À cette place d'observatrice, assise sur une chaise dans un autre espace que celui où se déroule véritablement la séance, une mise à distance à la fois spatiale mais aussi relationnelle se crée. À cette distance s'ajoute la « *mise en veille* » du corps. Hors ce n'est pas pour autant que la relation disparaît. Ce n'est plus une relation de proximité, elle prend une toute autre forme. Elle passe alors par le regard, le partage d'émotions et de ressentis. C'est d'ailleurs depuis cette place que j'ai pu remarquer quelle portée et quel impact pouvaient avoir un sourire ou une mimique.

*Lors des séances de Noé la relation et les échanges se font beaucoup par le regard et les mimiques, il me sourit, parfois il me fait même des grimaces et c'est alors difficile pour moi de masquer mes réactions. Il m'arrive alors d'esquisser un sourire ou de réagir par des mimiques aux adresses non verbales de Noé. Lorsque Noé me sollicite en me parlant ou en m'envoyant la balle, une mimique ou un geste suffisent, la plupart du temps, à lui rappeler que je suis là seulement pour regarder. Et lorsque cela ne suffit pas, les mots du psychomotricien ou de l'éducatrice sont là pour prendre le relais.*

Les échanges se font via les affects, les émotions et les perceptions. Il est difficile de rester neutre à la place d'observateur car tout un tas d'émotions, d'impressions et de ressentis nous parviennent dans le cadre de ces pataugeoires et lorsqu'en séance de psychomotricité, on est amené à verbaliser nos ressentis et nos représentations, en tant qu'observateur il faut apprendre à les contenir pour être le plus objectif possible dans notre prise de notes. **Esther BICK**, citée par **Pierre DELION**, dit d'ailleurs, à propos de la méthode d'observation directe des nourrissons et du rôle de l'observateur, que « *Pour pouvoir tant soit peu observer, il doit parvenir au détachement de ce qui se déroule* » [15]. Cela permet de ne pas faire d'interprétations trop hâtives et de mettre à distance l'interprétation pour être au plus proche de ce qui nous est donné à voir et pouvoir, après coup, poser des hypothèses lors de la régulation.

Selon **Christian BALLOUARD**, « *Être présent sans agir est une place non seulement enrichissante, mais structurante pour la personne prise en charge* » [7]. La présence de l'observateur fait partie à part entière du cadre de la pataugeoire, on peut même dire que sa présence fait cadre et joue ainsi une fonction de contenance pour le sujet.

Tenir la place d'observateur au sein de la pataugeoire a été pour moi, riche en apprentissages. En plus d'avoir appris à contenir mes impressions pendant ces séances et d'avoir pu saisir l'importance de la place que tient l'observateur au sein de ce dispositif, j'ai pu me rendre compte combien il est parfois difficile de mettre du sens sur ce que nous amène un enfant. J'ai aussi pu me rendre compte de la complexité de la relation avec un enfant porteur d'un TSA.

J'ai aussi pu développer une capacité que je trouve importante pour un psychomotricien : l'observation. J'ai aussi pu développer mes qualités d'attention et d'écoute, elles aussi primordiales pour ce métier. Cette place m'a permis de déployer ma capacité de réflexion, j'ai ainsi pu proposer mes hypothèses lors des temps de régulation.

## II. Noé : Etude d'une prise en charge en pataugeoire

Dans le cadre de mon stage en hôpital de jour, je participe à la prise en charge en pataugeoire de Noé.

Noé est un petit garçon né le 13 avril 2011. Il est âgé de 7 ans et 6 mois lorsque je le rencontre. Il présente un développement staturo-pondéral inférieur à la moyenne et a donc l'apparence physique d'un enfant beaucoup plus jeune que son âge.

### 1) Anamnèse :

Noé fait son entrée à l'hôpital de jour, le 8 septembre 2014, il est alors âgé de 3 ans et 4 mois. Il est le 3<sup>ème</sup> enfant d'une fratrie de quatre et a aussi trois demi-frères du côté paternel et une demi-sœur du côté maternel. Sa mère âgée de 41 ans est secrétaire, et son père âgé de 61 ans est quant à lui retraité. La grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés. Noé a évolué avec un retard des acquisitions : il a acquis la position assise à 12 mois, la marche à 21 mois et les premiers mots sont apparus aux alentours de ses 2 ans.

Noé a été diagnostiqué avec un trouble envahissant du développement et plus particulièrement un autisme infantile aussi appelé autisme de Kanner (F84.0).

Lors de son arrivée à l'hôpital de jour en septembre 2014, Noé court et longe les murs en y collant sa tête. Il présente des moments de grande détresse et peut alors être calmé par l'étayage d'un adulte ou un médiateur. Les temps de repas et de présence sur le lieu de vie sont très compliqués pour lui. Après ces moments de détresse, Noé a besoin de se sentir contenu par l'adulte.

## 2) Bilans médicaux :

En mai 2015 Noé consulte un service de neuro-pédiatrie et le chef de clinique indique que Noé a un langage assez pauvre avec quelques mots isolés, il a alors 4 ans. Il présente des troubles du comportement avec des stéréotypies, une intolérance à la frustration et auto-agressivité et des intérêts restreints. Le praticien note une absence d'hétéro-agressivité mais Noé peut griffer pour entrer en contact avec autrui.

Les antécédents médicaux connus sont : une exploration à la petite enfance pour un défaut de prise pondérale, une cryptorchidie gauche opérée et une constipation importante malgré le traitement donné à fortes doses. Les bilans ORL et audition sont normaux. L'IRM cérébrale et la stéréoscopie sont normales. Le bilan biologique est lui aussi normal.

Sur le plan génétique, un caryotype a été réalisé ainsi que la recherche d'une délétion 22q11.2<sup>1</sup>, du syndrome de l'X fragile ainsi qu'un CGH-array qui se sont tous révélés négatifs.

L'examen clinique lorsqu'il a 4 ans est le suivant : Noé pèse 18 kilos pour 94 cm et son périmètre crânien est de 48,5 cm. Ces résultats indiquent un développement harmonieux cependant en dessous de la moyenne des enfants de son âge (-2 déviation standard). Selon l'examen morphologique, des particularités au niveau de son faciès ont pu permettre de suspecter une délétion 22q11.2. Le médecin conclut sur ce que je cite : « *Noé évolue avec un Trouble du Spectre Autistique (TSA), un retard des apprentissages ne pouvant faire évoquer un syndrome spécifique* ». Il évoque l'absence de projet parental et propose de prévoir de l'inclure sur les puces de séquençage à moyen débit ciblant les gènes de troubles autistiques et/ou de déficience intellectuelle lorsqu'elles seront plus accessibles.

---

<sup>1</sup> Ou syndrome de DiGeorges est caractérisé le plus souvent par des malformations cardiaques, une dysmorphie faciale, un retard du développement psychomoteur avec ou sans déficience intellectuelle, des troubles du comportement, des difficultés d'élocution dues à un dysfonctionnement du voile du palais, des problèmes d'hypocalcémie et parfois une immunodéficience. [40]

Il suspecte une mutation *de novo* en raison de l'âge paternel avancé. De plus la constipation sévère de Noé nécessite un suivi et la prise en charge à l'hôpital de jour doit se poursuivre.

L'échelle CARS (Childhood Autism Rating Scale) permet d'évaluer l'autisme infantile. Noé obtient un score total de 45 ce qui le situe dans un autisme sévère.

### 3) Projet de soin :

Noé est pris en charge à l'hôpital de jour et un projet personnalisé d'intervention ou PPI a été établi pour lui en juin 2018. Les objectifs de ce PPI sont donnés par la HAS dans ses recommandations de bonne pratique [25]: « *Le projet personnalisé d'interventions de l'enfant/adolescent, véritable support et garantie de cohérence et de continuité, doit être le résultat :*

- *de la concertation avec l'enfant/adolescent lui-même et avec ses parents ou son représentant légal ;*
- *d'une évaluation approfondie et actualisée, via des outils d'évaluation validés et reconnus ;*
- *de l'observation en situation quotidienne, effectuée et consignée par chaque professionnel ;*
- *du partage de ces évaluations et observations dans le cadre d'un travail de synthèse transdisciplinaire mené au sein de l'équipe permettant de formuler des hypothèses de travail et de contribuer à un questionnement collectif permanent ;*
- *des échanges avec les professionnels extérieurs partenaires qui interviennent auprès de l'enfant/adolescent ».*

Le PPI de Noé est le suivant :

- Dans le domaine du langage et de la communication, les objectifs sont d'aider Noé à verbaliser de plus en plus ce qu'il veut dire à l'aide de pictogrammes, chainages et répétitions. La poursuite de l'orthophonie est envisagée
- Au niveau des relations sociales, il est question de l'aider à sortir de l'exclusivité de l'adulte à travers les lieux de vie et les prises en charge groupales.

- Un travail autour de la propreté, que Noé n'a pas acquise, est envisagé. Un partage d'outils avec les parents en vue du contrôle sphinctérien et la mise en place de chainages dans les toilettes sont envisagés.
- Pour ce qui est de l'alliance parentale, un maintien du lien et le partage du même outil au domicile et à l'hôpital de jour sont envisagés.
- Enfin au sujet de l'intégration scolaire, cette dernière doit être poursuivie avec une Assistante de Vie Scolaire (AVS) ainsi qu'une augmentation du temps passé à l'école.

La conclusion de ce projet et qu'il faut pour Noé, soutenir des ouvertures auprès d'expériences nouvelles et sur des lieux extérieurs ainsi que renforcer ses stratégies de communication et accompagner ses parents.

Le mardi tout la journée et le jeudi matin, Noé est scolarisé en classe de grande section de maternelle pour un total de 15 heures par semaine. Il est accueilli sur l'hôpital de jour trois demi-journées par semaine, le mercredi, le jeudi et le vendredi et deux repas. Son emploi du temps est le suivant :

Mercredi	Jeudi	Vendredi
12h-13h : Accueil et repas 13h30-14h : Lieu de vie 14h-15h45 : Atelier éveil corporel 15h45 : Goûter	13h-13h30 : Accueil 13h30-14h15 : Lieu de vie 14h15-14h45 : Classe 14h45-15h45 : Activités sur le lieu de vie 15h45 : Goûter	12h-13h : Accueil et repas 13h30-14h15 : Pataugeoire 14h15-15h : Activités sur le lieu de vie 15h-15h30 : Relation individuelle 15h45 : Goûter

#### 4) Bilan des prises en charge :

C'est actuellement la cinquième année de prise en charge de Noé à l'hôpital de jour.

Les temps de groupe sont toujours difficiles pour Noé qui peut alors agresser les autres enfants et se faire agresser lui aussi.

C'est lorsqu'il n'a pas l'exclusivité de l'adulte que Noé se trouve en difficulté. Les situations de changements sont à l'origine de grandes angoisses chez lui qui se traduisent par des comportements agressifs envers autrui lui permettant d'attirer l'attention de l'adulte. Noé a un besoin incessant d'être rassuré sur ce qu'il va se passer pour lui et comment va se dérouler sa journée. Il est pris par de nombreux rituels, qui lui permettent de se rassurer dans les moments de transition, il passe donc beaucoup de temps dans sa journée à répéter son emploi du temps. Cela semble lui permettre de se rassurer sur ce qui l'attend et comment sa journée va se dérouler. Il parle alors aussi bien de ce qu'il fera que de ce qu'il vient de faire. Ce besoin de se rassurer et ces rituels présents chez Noé peuvent être rapprochés du besoin d'immuabilité ou *sameness* dont parle **Léo KANNER** dans sa description de l'autisme infantile. Cette recherche de l'immuabilité de l'environnement se traduit par des activités et gestes répétitifs.

Cependant son éducatrice référente note des améliorations depuis son entrée à l'hôpital de jour, Noé peut maintenant se poser à une table et jouer seul à côté de l'adulte. Elle note aussi la présence de plus en plus de mots dans le vocabulaire de Noé. De plus l'utilisation de l'horloge pour indiquer le moment des différentes prises en charge permet à Noé de différer et de mieux vivre les moments de transition, source d'angoisse pour lui. Le temps de repas qui était un temps très difficile et éprouvant pour Noé semble mieux se passer pour lui. Avec un important étayage de la part de l'adulte il accepte de goûter certains plats et mange mieux.

a) Scolarité :

Noé est scolarisé en classe de grande section et il est envisagé pour lui un passage en CP à la rentrée 2019. Il bénéficie, pour ces temps de classe, d'une AVS qu'il connaît bien et qui apporte à Noé une certaine continuité et un cadre contenant et rassurant qui lui sont bénéfiques.

L'enseignante note des difficultés au niveau de la motricité fine, Noé a des difficultés pour écrire. Il peut lui arriver de griffer pour obtenir de l'attention de la part des adultes mais le reste du temps il est bien adapté, fait attention et ne s'isole pas, il reste dans le groupe avec ses camarades. Les apprentissages de grande section sont acquis pour Noé.

Dans le GEVA-Sco<sup>1</sup> datant du 31 janvier 2019, il est écrit que Noé entre dans l'ensemble des activités proposées. Pendant les regroupements, l'attitude de Noé est plus calme. Le rallongement du temps de scolarisation semble lui être bénéfique.

Il bénéficie à l'hôpital de jour d'un temps de classe avec une enseignante. Cette dernière a remarqué une régression dans les apprentissages depuis le mois de janvier. L'école ne semble pas l'intéresser et il est dans le refus. De plus, la mère de Noé éprouve de l'inquiétude au sujet de la lecture, pour Noé lire revient à épeler les mots et les sons ne semblent avoir aucun sens pour lui. L'enseignante indique donc qu'il serait intéressant pour Noé d'utiliser une méthode globale<sup>2</sup> pour l'apprentissage de la lecture. Elle note aussi un changement important chez Noé pour qui, auparavant, laisser une trace était très compliqué et qui peut maintenant dessiner et écrire.

b) Atelier éveil corporel :

Noé participe à l'atelier éveil corporel avec deux autres enfants. Il semble s'être bien adapté à l'atelier et participe à la réalisation de parcours, à des jeux de mise en mouvement du corps. Néanmoins lorsque la difficulté augmente et que cela devient plus compliqué pour lui de réaliser ce qui est attendu, il pleure. De plus il est aussi difficile pour Noé d'attendre son tour, sa capacité à attendre et à différer semble être altérée.

---

<sup>1</sup> Ces formulaires sont mis à la disposition des équipes éducatives des établissements scolaires et des équipes pluridisciplinaires des Maisons Départementales des Personnes Handicapées pour évaluer les besoins de l'élève en situation de handicap (besoins en matériel adapté, aménagements pédagogiques, transport...).

<sup>2</sup> La méthode globale est par définition l'inverse de la méthode syllabique, elle se base sur la reconnaissance visuelle et auditive des différentes syllabes et sons. Le but est donc d'amener l'enfant à penser aux mots ou aux phrases comme à une image.

c) Relation individuelle :

Ce temps de relation privilégié de l'enfant avec son éducateur référent semble important pour Noé, c'est un espace dont il a besoin. Son éducatrice remarque alors que lors de cette prise en charge, Noé peut faire des demandes et donner son avis. Il demande alors à regarder des dessins animés. Ce moment de relation duelle dans un espace-temps qui lui est réservé, à la fois contenant et sécurisant, permet à Noé d'être moins en proie à des rituels envahissants et d'être plus apaisé.

d) Bilan orthophonique :

Noé est suivi en orthophonie en dehors de l'hôpital de jour et les observations de l'orthophoniste sont les suivantes :

- De septembre 2016 à début 2017, Noé soliloque, il se parle à lui-même. Il est peu compréhensible mais quelques mots sont reconnaissables. Ses productions verbales ne sont pas adressées.
- Au printemps 2017, elle note l'apparition de premiers jeux ensemble, des jeux de manipulation d'objets. Il y a aussi une ébauche de petits scénarios plutôt courts. Pendant les jeux, les échanges verbaux sont de plus en plus nombreux mais restent brefs. Noé est plus compréhensible et sa parole est de plus en plus adressée.
- De septembre 2017 à juin 2018, les jeux symboliques sont plus nombreux mais restent brefs : faire semblant de dormir et ronfler ou encore faire semblant de partir et se dire au revoir. L'orthophoniste note l'apparition de premiers échanges verbaux, décollés de la situation immédiate, et portant sur des personnes et des lieux extérieurs à la situation. Il se montre de plus en plus curieux et pose des questions. Il accepte aussi de répéter des mots. Les échanges verbaux sont plus fluides et il peut faire des demandes. De plus, elle observe à cette période, l'apparition du jeu de rôle.

## 5) Première rencontre :

La première fois que je rencontre Noé, il ne semble pas intimidé par ma présence, même, il vient à ma rencontre, bras ouverts, semblant vouloir me faire un câlin. Je suis d'ailleurs très étonnée par ce manque de retenue envers moi et quelque peu gênée par cette demande alors que je ne le connais qu'à peine. Cela pose la question de la différenciation, Noé ne semble pas faire de différence entre ce qui est de lui et ce qui est de l'autre.

Je l'observe ensuite sur son lieu de vie, Noé joue alors aux billes et je remarque du *flapping* lorsqu'il regarde les billes tourner dans un circuit.

## 6) La pataugeoire de Noé :

Noé est accueilli en pataugeoire depuis septembre 2015 soit maintenant depuis un peu plus de 3 ans. Les objectifs de cette prise en charge sont les suivants : « *Proposer à Noé un espace contenant et doté d'un matériel destiné à la manipulation de l'eau, laquelle sera le support de mises en forme essentielles prenant appui sur ses références corporelles servant ainsi à leur construction et maturation, et leur inscription progressive dans une dimension ludique et relationnelle* ».

Dans le dispositif pataugeoire de cet hôpital de jour, deux adultes accompagnent Noé : un psychomotricien (B) et une éducatrice (C). Quant à moi, j'y occupe le rôle d'observatrice.

### a) Première séance

Noé a été prévenu de ma présence à la pataugeoire et cela semble lui convenir, il paraît même plutôt enthousiaste. Lorsque je viens le chercher pour la première fois, je n'ai pas le temps de lui indiquer que je viens le chercher pour la pataugeoire qu'il me dit : « *Ana ! Pataugeoire !* ».

Lorsque nous arrivons devant la porte, Noé entre dans la pièce et referme immédiatement la porte derrière lui, nous toquons, il nous indique alors que nous pouvons entrer.

Dans la partie sèche Noé se déshabille et se met en maillot de bain, aidé par C. C'est pendant ce moment là que nous indiquons à Noé que je serai là pour regarder et que la séance se déroule comme d'habitude, lui dans la partie mouillée avec B et C et moi dans la partie sèche pour observer. Lors de ce temps d'habillage, Noé déroule le programme de la séance « *Nous sommes à la pataugeoire avec B, C et Ana ! Nous allons jouer à la balle !* ».

Lors de ses tout premiers moments à la pataugeoire, Noé avait aussi un rituel de vérification de la porte, il s'assurait alors qu'elle soit bien fermée. Ce rituel a disparu, Noé ne vérifie plus la porte. Cela indique peut être que Noé se sent maintenant en sécurité et que ce passage obligé de vérification ne lui est plus utile car il a pu, au fur et à mesure des séances, s'assurer du cadre contenant de la pataugeoire.

En début de séance B ouvre le robinet et laisse couler l'eau, puis Noé met le bouchon. Une fois que la flaque est suffisamment pleine, l'écoulement de l'eau est stoppé et pourra être redémarré à la demande de Noé.

Un jeu de balle démarre, la balle circule entre Noé, B et C. Noé souhaitait m'envoyer la balle et nous lui réexpliquons donc que je suis là seulement pour regarder. C'est Noé qui indique à qui doit être envoyée la balle. Il semble faire exprès de l'envoyer dans l'eau et prend du plaisir à aller la chercher. Il y va d'abord en mouillant seulement ses pieds puis il s'étend dans l'eau en commençant par y mettre sa bouche, puis tout son visage, il fait des bulles en soufflant dans l'eau. Peu après il s'y couche même sur le ventre.

Lorsque B lui signifie que c'est bientôt l'heure de la fin, Noé va chercher des seaux et joue un moment avec l'eau. Il expérimente différentes sensations, la laisse couler sur sa main et dans le seau, il semble très concentré.

Il joue aussi avec différents contenants, les remplit, les vide, transvase l'eau de l'un à l'autre, etc. Cela me fait penser à la notion de dimensionnalité de **Donald MELTZER**. Avec une relation au monde bidimensionnelle, le rapport au monde se fait sous forme de relation de surface, de ce fait il ne semble pas y avoir de différence entre intérieur et extérieur, pas d'espace contenant, pas de profondeur. Les objets sont traités sensation par sensation. Lorsque Noé déambulait dans l'hôpital de jour, en longeant les murs cela laisse penser que Noé ne traitait que les informations tactiles provenant de la surface de ces murs. Les objets ne sont alors pas perçus comme distinct de soi. Selon **Didier HOUZEL**, « *il n'y a pas de distinction possible entre un intérieur et un extérieur ni pour l'objet, ni pour soi, ce qui interdit toute accession à l'altérité* » [29].

On parle alors de relation de collage, d'écholalie et d'imitation en miroir. Lors de la période de relation d'objet tridimensionnelle, l'enfant fait l'expérience du corps comme un objet contenant et donc disposant d'un espace intérieur. Cela lui permet de découvrir la notion de différenciation et il interroge alors la délimitation du corps. C'est dans cette même période qu'apparaît l'enjeu de la propreté et de la maîtrise des sphincters. Noé semble donc se situer au stade de la représentation tridimensionnelle, il se sert des objets comme des contenants, ce ne sont plus seulement des surfaces.

À la fin de la séance, c'est le moment de stopper l'écoulement de l'eau. Lors des toutes premières séances ce moment était compliqué pour Noé et pouvait déclencher chez lui de vives réactions. On peut expliquer cela par le fait que l'arrêt de l'eau modifiait son environnement et que cette modification pouvait alors être source d'angoisse pour lui. Il n'a alors plus la sensation tactile de l'eau sur sa peau, n'entend plus le son de l'eau qui coule, etc. Cela rejoint le concept de recherche d'immuabilité de **Léo KANNER**. **André BULLINGER** parle aussi du fait que les enfants autistes n'ont pas intériorisé les relations spatiales ce qui les oblige à utiliser des repères matériels pour pouvoir exister dans leur milieu et cela les rend donc très susceptibles aux modifications de l'environnement : « *déplacer un meuble, un objet dans son environnement revient à modifier ses représentations spatiales* » [12].

Noé retire ensuite la bonde pour laisser l'eau s'évacuer, il la regarde s'écouler. Ce moment était lui aussi très angoissant pour Noé au tout début de sa prise en charge en pataugeoire. Mais petit à petit, par l'expérimentation, ce moment n'est plus aussi compliqué à vivre pour Noé. On peut rapprocher cela de l'angoisse d'épanchement dont parle **Jérôme BOUTINAUD** [10]. Cette angoisse se manifestait chez Noé par un recrutement tonique important lui permettant de sentir tout son corps comme rassemblé et il s'éloignait de l'eau et du trou d'évacuation comme pour ne pas se sentir happé par l'eau s'évacuant.

Puis Noé remplit un seau qu'il pose à l'extérieur de la pataugeoire, comme pour en garder un peu. Le psychomotricien et l'éducatrice lui demandent ensuite de vider le seau et de dire « *au revoir* » à l'eau, Noé dit alors « *Au revoir l'eau, à vendredi avec B et C et Ana !* ». Il semble déjà avoir bien repéré le fait que je serai présente aux séances de pataugeoire les prochaines fois.

Pendant le rhabillage, Noé résume le contenu de la séance étape par étape puis déroule la suite de son emploi du temps pour la journée.

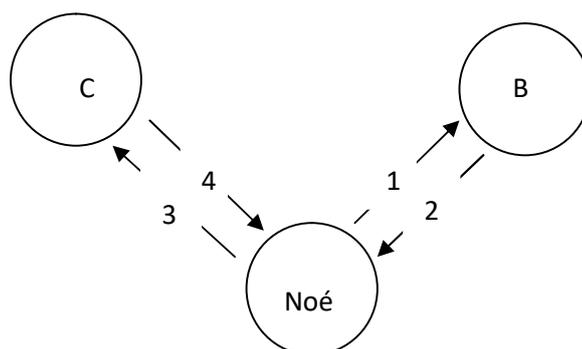
b) Et celles qui suivirent

Lors des séances qui ont suivies j'ai pu remarquer la présence de nombreux rituels semblant être importants pour Noé. Ces rituels débutent dès que l'on vient le chercher sur le lieu de vie. Il va ensuite chercher l'éducatrice présente sur un autre lieu de vie et nous nous dirigeons ensuite vers la pataugeoire. Arrivé devant la porte, Noé la referme immédiatement derrière lui, nous frappons et attendons qu'il nous dise d'entrer.

Vient alors le moment du déshabillage où Noé détaille ce qu'il va se passer pour lui à la pataugeoire. Ces temps où il se remémore ce qu'il va faire dans sa journée ou à la pataugeoire semblent extrêmement importants et indispensables pour lui. Il parle alors de la balle avec laquelle il a l'habitude de commencer la séance en faisant des passes avec B et C.

Ces rituels se retrouvent aussi tout au long de la séance et marquent les temps de transition. À la fin de la séance quand C prend une serviette pour Noé, il se cache derrière le rideau qui couvre le miroir et débute alors un jeu de caché-coucou entre Noé et C. Puis une fois que Noé est rhabillé, il nous remercie tous les trois en nous nommant un par un : « *Merci B !* », « *Merci C !* », « *Merci Anaëlle !* », chacun a alors droit à un bisou sur la joue ou un câlin. Dernièrement, un nouveau rituel est apparu en début de séance. Habituellement Noé installe « *la serviette de C* », qui matérialise sa place et sur laquelle elle s'assoit pendant la séance. Mais depuis peu de temps Noé prend la serviette mais au lieu de la placer au sol, il s'installe dans la petite baignoire et s'enveloppe dans la serviette. Recroquevillé et enveloppé dans la serviette en position fœtale, Noé semble apaisé. Il prend alors un petit temps, semblant profiter de ce moment de rassemblant, ce moment agréable pour lui, puis il sort de la baignoire et dépose la serviette sur le sol en disant « *Tiens C, ta place* ».

Un autre élément notable de la recherche d'immuabilité chez Noé se retrouve dans les échanges de balle. Tout d'abord, c'est Noé qui choisit à qui la balle doit être envoyée mais nous avons aussi remarqué que ces échanges suivaient une certaine logique. Voici un schéma explicatif du trajet de la balle :



Ce trajet de balle semble important pour Noé et cela peut donc être rapproché du besoin d'immuabilité. Ce rythme instauré dans les passes, avec un ordre qui ne change pas, répond peut être à ce besoin là. De plus cela lui permet peut être d'avoir un sentiment de continuité d'existence : lorsque la balle lui revient, qu'il la tient dans ses mains, c'est une manière de se sentir exister malgré le fait que pendant quelques instants la balle était dans les mains d'un autre que lui.

Cette forme qu'il donne à l'expérience, avec un passage systématique de la balle par lui, me fait penser à la notion de « *boucles de retour* » [24] dont parle **Geneviève HAAG**, notion pouvant être rattachée à celle de « *fonction  $\alpha$*  » de **Wilfried BION**. Selon ce dernier, les vécus bruts de malaise sont traduits corporellement par le nourrisson puis le parent, grâce à sa « *fonction  $\alpha$*  », va donner du sens aux vécus et renvoyer à l'enfant des éléments de pensée « *détoxifiés* ». Selon **Geneviève HAAG**, cela va permettre les premières représentations du corps pour l'enfant, « *Ses premières représentations sont une géométrie primitive qui me semble la base des représentations du corps et des objets, [...] elles se fondent dans l'image motrice du mouvement pulsionnel et la rencontre avec un objet externe qui va faire le point de rebond* » [23]. La première représentation est celle de « *l'enveloppe peau* », **Geneviève HAAG** parle d'ailleurs de « *sphère première* ». Cette notion de sphère nous renvoie à celle de tridimensionnalité de **Donald MELTZER**. Noé nous renvoie ici à cette notion de tridimensionnalité mais aussi à la notion d'altérité, les boucles de retour, c'est aussi la prise de conscience qu'un autre que soi existe.

Par la suite, Noé supportera et initiera des tours complets avec la balle, elle ne passe alors plus systématiquement par lui et pourra alors passer directement d'un soignant à l'autre.

Cette notion de tridimensionnalité sera aussi retrouvée dans les déambulations de Noé à la pataugeoire. Ces déambulations sont bien différentes des déambulations de surface qu'il pouvait montrer à son arrivée à l'hôpital de jour. Dans ces nouvelles déambulations, Noé explore la flaque et particulièrement le bord de la flaque. Ce qu'il semble explorer là, c'est la limite entre le dedans et le dehors de cette dernière.

Tout cela nous amène à faire des liens avec ce qui se joue chez Noé au niveau de l'élaboration de son image du corps, le passage d'une perception bidimensionnelle à une perception tridimensionnelle.

Au fur et à mesure des séances nous avons pu remarquer l'apparition du « *Je* » et du « *moi* » de plus en plus marquée chez Noé. Avant cela, Noé employait surtout la troisième personne ou encore son prénom pour se désigner, par exemple, lors des échanges de balle il pouvait dire : « *C'est à Noé !* ». D'abord « *Je suis tout mouillé* », puis dernièrement : « *C'est moi tout seul* », ou encore « *J'ai terminé de jouer avec la balle* ». Noé semble marquer de plus en plus son individualité, sa subjectivité. Lorsque nous venons le chercher sur le groupe il s'exclame : « *C'est moi !* ». De plus, lors des dernières séances sont apparues des oppositions marquées, Noé ne veut pas quitter la pataugeoire, il s'assoit, pose sa tête dans ses mains et dit : « *Non, non, non !* ». Selon **André BULLINGER**, les oppositions qui s'affirment et l'apparition des « *je* » sont des indices de la constitution d'une « *identité corporelle* » [13]. De plus les progrès que Noé a pu faire sur le plan langagier sont notables<sup>1</sup>, d'ailleurs il peut maintenant prononcer entièrement mon prénom, chose qu'il avait du mal à faire lors des premières séances.

J'ai pu remarquer, dans les séances qui ont suivies, que le jeu avec la balle, qui prenait une grande partie du temps de la séance, était toujours présent mais durait de moins en moins longtemps. Ce jeu semble être un rituel pour Noé mais il arrive petit à petit à s'en détacher pour expérimenter de nouvelles choses. Lors des dernières séances, Noé demande le jet d'eau avec lequel B l'arrose allègrement. Il semble prendre un grand plaisir à passer à travers le jet d'eau et à tendre son dos pour se faire arroser. Ce plaisir se manifeste par des éclats de rire et des « *encore* » comme peuvent le faire de jeunes enfants lors de jeux de chatouilles ou de caché-coucou. D'ailleurs ses rires semblent différents ces derniers temps. Lorsque j'ai assisté pour la première fois à une séance de pataugeoire de Noé, j'ai pu remarquer des rires qui semblaient être des rires provoqués, voire forcés. Mais dernièrement les rires de Noé semblent plus « *naturels* » voir même plus enfantins.

Enfin Noé commence à explorer et expérimenter le miroir. Il s'y regarde de plus en plus et plus particulièrement lors des temps de déshabillage et de rhabillage. Lorsqu'il enlève ou retire un vêtement il va immédiatement se placer en face du miroir et nomme le vêtement ajouté ou la partie du corps découverte.

---

<sup>1</sup> Cf. Bilan orthophonique page 72

Ces vérifications qu'il opère devant le miroir peuvent s'expliquer par un besoin de vérifier l'intégrité de son corps. Lorsqu'un vêtement est enlevé ou rajouté la sensation n'est plus la même. Hors chez ces enfants c'est la sensation qui fait exister et les changements peuvent être vécus comme destructeurs. Lors d'une séance, il semble expérimenter la différence entre l'image dans le miroir et l'objet réel. Il me regarde à travers le reflet du miroir, me sourit puis se retourne, vient jusqu'à moi, me touche et s'exclame « *C'est Anaëlle !* ».

#### 7) Conclusion à l'étude de cas :

Noé a pu, au fur et à mesure des séances, nous montrer une image du corps de plus en plus construite et solide. Il a d'ailleurs pu nous montrer récemment l'acquisition d'un certain sentiment de permanence lui permettant de jouer à changer nos prénoms et même le sien et cela l'amuse beaucoup. Il semble alors faire l'expérience que même en changeant de nom, on reste la même personne, rien n'est modifié, rien ne disparaît.

Noé peut parler de plus en plus de son corps et de ses sensations, il peut dire « *c'est froid* », parler des parties de son corps lors du déshabillage, pendant le jeu du jet d'eau ou encore devant le miroir. Il semble être dans l'acquisition de représentations au niveau de son corps et de ses sensations, il peut les nommer, y mettre des mots.

La pataugeoire semble être bénéfique pour Noé de part les expérimentations qu'il peut y faire ainsi que l'étayage des adultes qui l'accompagnent. Il peut ainsi mettre en mouvement son corps, découvrir des sensations nouvelles par la manipulation de l'eau et des objets mis à sa disposition et, avec les verbalisations du psychomotricien et de l'éducatrice, se construire des représentations solides de son corps et de son environnement. Les progrès fait par Noé à la pataugeoire sont ainsi nombreux.

## Conclusion :

Tout au long de la rédaction de ce mémoire j'ai été amenée à me questionner autour de l'autisme, de la pataugeoire, de l'eau, du développement psychomoteur de l'enfant autiste ou encore de la médiation. Mes recherches ainsi que ma réflexion m'ont permis de répondre à plusieurs de ces questionnements.

L'autisme est un sujet vaste et complexe et, son accompagnement est au cœur de débats. J'ai pu me rendre compte, lors de mes recherches, qu'il est important en tant que future psychomotricienne, de rester attentive et curieuse aux avancées de la recherche et d'enrichir ainsi son socle de connaissance. Néanmoins il est aussi important de garder un recul suffisant et de ne pas se laisser envahir par la profusion d'informations à ce sujet.

Je vais maintenant reprendre ma problématique qui était : ***Quels sont les apports de la pataugeoire dans l'accompagnement psychomoteur de l'enfant atteint de Trouble du Spectre Autistique ?***

Depuis ma place d'observatrice, j'ai pu me rendre compte combien l'utilisation que l'enfant fait de l'espace et des objets nous renseigne sur son développement psychomoteur et sa construction psychocorporelle. Cela nous donne des indices sur la manière dont ces enfants investissent et habitent leur corps. La pataugeoire est justement un lieu d'expérimentation et de construction et c'est par le biais des manipulations, de la sensorimotricité et du plaisir que l'enfant se construit. Il se construit ainsi une image du corps. Il passe d'un vécu de corps morcelé, sans dedans ni dehors et sans limite, à un corps unifié et délimité. C'est une image de corps plus solide et fiable qui se construit. C'est donc un espace permettant d'appréhender les angoisses corporelles retrouvées chez les enfants présentant un trouble du spectre autistique.

De plus, le psychomotricien aide à la construction de l'image du corps. C'est son utilisation de la médiation, mais aussi son « *savoir-être* » et le cadre qui font soin. Dans le cadre de la pataugeoire, il amène ainsi les enfants atteints d'autisme à « ***faire corps*** », à tendre vers un « *être au monde* » plus sécure et moins angoissant.

Ce mémoire m'a permis d'enrichir ma réflexion personnelle. Il a participé à ma construction en temps que future psychomotricienne, en me permettant de développer des compétences que je trouve indispensables dans la pratique de ce métier : des qualités d'écoute, d'observation, d'attention et de réflexion. Tout cela s'inscrit dans une démarche et une posture, un positionnement qui tend à s'affirmer et à s'enrichir des expériences et des rencontres, tout au long de mon parcours et dans ma pratique.

Ce mémoire m'a donc permis de répondre à bon nombre de questionnements mais m'a aussi apporté de nouvelles réflexions autour de ce sujet. J'ai pu voir lors de la prise en charge de Noé, l'avancée faite dans la construction de son image du corps. Je trouve alors intéressant d'utiliser cette médiation avec des enfants présentant d'autres troubles ayant des répercussions sur la construction de l'image du corps et sur le développement psychomoteur en général. Des enfants polyhandicapés ou déficients mentaux par exemple. Je me questionne aussi sur la notion de pluridisciplinarité dans le cadre de la pataugeoire. Qu'est ce que le psychomotricien peut apporter aux autres soignants et comment peut-il le faire ? Comment peut-il se servir de son « *savoir-être* » et de son point de vue de psychomotricien pour permettre un accompagnement pluridisciplinaire de l'autisme ?

C'est donc avec de nouvelles questions que je conclus ce mémoire, question auxquelles je tâcherais de trouver une réponse dans ma future pratique de psychomotricienne.

## Bibliographie :

- [1] ALBARET J-M. GIROMINI F. et SCIALOM P. (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Tome 1, De Boeck, p17-86.
  
- [2] ALBARET J-M. GIROMINI F. et SCIALOM P. (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Tome 2, De Boeck, p14-21/318-328.
  
- [3] ANDRONIKOV A. et FONTAN P. (2016), *Grounia Efimovna Sukhareva : la première description du syndrome dit d'Asperger*, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence*, vol 64, Issue 1, p58-70.
  
- [4] ANZIEU D. (1995), *Le Moi-peau*, Dunod.
  
- [5] ASPERGER H. (1944), Die « *Autistischen Psychopathen* » im Kindesalter, in *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol 117, p76-136.
  
- [6] AUSILLOUX C. BAGHDADLI A. et NOYER M. (2007), *Interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme*.
  
- [7] BALLOUARD C. (2011), *L'Aide-mémoire de psychomotricité*, Dunod.
  
- [8] BARON COHEN S. LESLIE A. et FRITH U. (1985), *Does the autistic child have a « theory of mind » ?*, in *Cognition*, vol 21, p37-46.
  
- [9] BOGDASHINA O. (2003), *Questions sensorielles et perceptives dans l'autisme et le Syndrome d'Asperger*, AFD.
  
- [10] BOUTINAUD J. (2013), *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, In Press.

- [11] BOUZARD M. (2017), *Les yeux, la bouche et les sphincters anal et urétral chez l'enfant présentant des Troubles Envahissants du Développement - L'approche psychomotrice des ouvertures corporelles "sur lesquelles nous avons un contrôle volontaire"*, Mémoire de psychomotricité.
- [12] BULLINGER A. (2007), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Érès, p174-190.
- [13] BULLINGER A. (2014), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Tome 2, Érès, p95-111.
- [14] DANON BOILEAU L. GARBOUA M. et TAOUTI B. (2014), *Autismes – La clinique au-delà des polémiques*, In press.
- [15] DELION P. (2006), *L'observation du bébé selon Esther Bick : Son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui*, Érès.
- [16] DELION P. et GOLSE B. (2008), *Autisme : état des lieux et horizons*, Érès, p30.
- [17] DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Seuil.
- [18] FOLSTEIN S. et RUTTER M. (1977) ; *Infantile Autism : A Genetic Study of 21 Twin Pairs*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, p297-321.
- [19] FREUD A. (1985), *Le moi et les mécanismes de défense*, Presses universitaires de France.
- [20] FRITH U. (1991), *Autism and Asperger syndrome*, Cambridge University Press.
- [21] FRITH U. (1991), *L'énigme de l'autisme*, O.Jacob.

- [22] GEPNER B. (2011), *Pour une approche intégrative des désordres de la constellation autistique*, in *Actualités sur la prise en charge des Troubles Envahissants du développement*, Solal, p11-62.
- [23] HAAG G. (2010), *Approche du premier fonctionnement de la pensée et des premières formes de représentations*, in *L'examen psychologique du jeune enfant*, Érès, p57-69
- [24] HAAG G. (2018), *Le moi corporel, Autisme et développement*, Puf.
- [25] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ et ANESM (2012), *Recommandations de bonne pratique. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- [26] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. (2010), *Autisme et autres troubles envahissants du développement – État des connaissances*.
- [27] HOCHMANN J. (2017), *De l'autisme de Kanner au spectre autistique*, in *Perspectives Psy*, Vol. 56, p11-18.
- [28] HOCHMANN J. BIZOUARD P. et BURSZTEJN C. (2011), *Troubles envahissants du développement : les pratiques de soins en France*, in *La psychiatrie de l'enfant*, Vol.54, p525-574.
- [29] HOUZEL D. (2006), *L'enfant autiste et ses espaces*, in *Enfances & Psy*, vol 33, p57-68.
- [30] HOUZEL D. (2016). *Le sentiment de continuité d'existence*, in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol 6, p115-130.
- [31] <http://cnrtl.fr/>
- [32] [http://cochlea.iurc.montp.inserm.fr/enseignement/cycle\\_1/PCEM2/mod-integres/MI3\\_neuro/sensorialite/generalites\\_sensorialite/cours/cours2-1.htm](http://cochlea.iurc.montp.inserm.fr/enseignement/cycle_1/PCEM2/mod-integres/MI3_neuro/sensorialite/generalites_sensorialite/cours/cours2-1.htm)

- [33] [http://www.autisme-France.fr/offres/doc inline src/577/Strategie\\_nationale\\_autisme\\_2018.pdf](http://www.autisme-France.fr/offres/doc inline src/577/Strategie_nationale_autisme_2018.pdf)
- [34] [http://www.autisme-France.fr/offres/file inline src/577/577\\_P\\_21075\\_1.pdf](http://www.autisme-France.fr/offres/file inline src/577/577_P_21075_1.pdf)
- [35] [http://www.autisme-France.fr/offres/file inline src/577/577\\_P\\_21070\\_2.pdf](http://www.autisme-France.fr/offres/file inline src/577/577_P_21070_2.pdf)
- [36] <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese-3planAutisme.pdf>
- [37] [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10\\_2015\\_final\\_0.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf)
- [38] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>
- [39] <https://www.larousse.fr>
- [40] <https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>
- [41] <https://www.spectrumnews.org/news/estimate-autisms-sex-ratio-reaches-new-low/>
- [42] <https://www.aquaportail.com/definition-5808-pression-hydrostatique.html>
- [43] JOLLY L. (2013), « *Je te tiens ! Protège-moi...* » - *L'approche psychomotrice auprès d'enfants avec Troubles envahissants du développement : être contenu, se tenir, s'ouvrir au monde*, Mémoire de psychomotricité.
- [44] JOLY F. et DELION P. (2016), *L'enfant autiste et son corps une approche psychomotrice de l'autisme infantile*, (Cliniques psychomotrices), Éditions In Press.
- [45] KANNER L. (1943), *Autistic Disturbances of Affective Contact*, in *The nervous child*, vol 2, p217-250

- [46] LAFFORGUE P. (2009), *Interview sur la pataugeoire avec P. Lafforgue*, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, vol 159, p4-14
- [47] LATOUR A-M. (2006), *Le travail des analogies corps/espace*, XXXVèmes Journées Annuelles de Thérapie Psychomotrice à La Rochelle.
- [48] LATOUR A-M. (2009), *La pataugeoire : un corps à explorer et à connaître*, in *Thérapie psychomotrice et recherche*, vol 159, p38-49.
- [49] LATOUR A-M. (2014), *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, Érès.
- [50] MELTZER D. BREMNER J. et SALZBERGER-WITTENBERG I. (2002), *Explorations dans le monde de l'autisme*, Payot.
- [51] PERRIN J. et MAFFRE T. (2013), *Autisme et psychomotricité*, De Boeck.
- [52] POTEL C. (2001), *Être psychomotricien*, Érès.
- [53] POTEL C. (2005), *Le corps et l'eau*, Érès.
- [54] Pr. MISES R. (2012), *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent Révisée*, 5<sup>e</sup> édition, Presse de l'école des hautes études en santé publique.
- [55] ROGE B. (2008), *Autisme, comprendre et agir*, Dunod, p26-101
- [56] ROUSSILLON R. (2013), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, p155-176
- [57] ROUZEAU P. (2007), *L'enfant présentant des troubles autistiques et son corps – L'importance de la sensorialité et de la fonction contenante pour accéder à l'expérience de l'intersubjectivité*, Mémoire de psychomotricité.

- [58] SAVATOFSKI J. et PRAYEZ P. (2009), *Le toucher apprivoisé*, Lamarre.
- [59] SOUKHAREVA G. (1926), Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter, in *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol 60, p235-261.
- [60] TARDIF C. et GEPNER B. (2014), *L'autisme*, 4<sup>e</sup> édition, Armand Colin, p57- 104.
- [61] WOLFF S. *The first account of the syndrome Asperger described ?*, in *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol 5, p119-132.

## Table des Matières :

Remerciements : .....	2
Sommaire : .....	3
Avant propos : .....	4
Introduction :.....	5
Chapitre 1 : <i>L'enfant avec trouble du spectre autistique et ses difficultés corporelles</i> .....	7
I. L'autisme.....	8
1) Historique et définition de l'autisme.....	8
2) L'autisme dans les classifications.....	10
3) Etiologie de l'autisme et mécanismes impliqués.....	15
a) Aspects génétiques et environnementaux .....	16
b) Aspects neurobiologiques.....	18
c) Aspects neurophysiologiques .....	19
d) Aspects neuropsychologiques.....	19
4) Épidémiologie .....	21
5) Mesures médico-sociales : les différents plans autisme en France .....	23
II. Développement psychomoteur de l'enfant présentant un trouble du spectre autistique....	24
1) Sensori-motricité .....	25
a) Sensorialité.....	25
b) Traitement des informations sensorielles chez l'enfant autiste.....	26
c) Activités sensori-motrices et instrumentation .....	27
2) Perception.....	29
3) Développement de l'image du corps.....	36
a) Image du corps.....	36
b) Image du corps chez le sujet autiste.....	37
c) Angoisses corporelles dans l'autisme .....	39
d) Phénomènes de clivage .....	39
4) Tonus et motricité.....	41
5) Développement relationnel et social.....	43
III. Prises en charge et traitements.....	44
1) Programmes globaux d'intervention .....	45
2) Interventions focalisées .....	48
3) Traitements médicamenteux.....	49

Chapitre 2 : <i>La pataugeoire : un outil dans la prise en charge psychomotrice de l'enfant ayant un trouble du spectre autistique</i> .....	50
I. La pataugeoire : de l'eau à son utilisation en psychomotricité.....	51
1) Histoire, dispositif et technique de la pataugeoire .....	51
a) Naissance d'une technique .....	51
b) Le cadre.....	52
c) « <i>La technique de la pataugeoire</i> ».....	54
2) L'eau.....	55
a) Les différentes propriétés de l'eau et leurs effets sur le corps .....	55
b) L'eau et les affects.....	58
3) Utilisation de la pataugeoire en hôpital de jour .....	60
4) Le médiateur, la médiation en psychomotricité.....	61
a) Définitions.....	61
b) Médiation psychomotrice.....	62
c) Notion de « médium malléable » .....	62
5) Un regard psychomoteur : ma place d'observatrice à la pataugeoire .....	64
II. Noé : Etude d'une prise en charge en pataugeoire.....	66
1) Anamnèse : .....	66
2) Bilans médicaux : .....	67
3) Projet de soin : .....	68
4) Bilan des prises en charge.....	70
a) Scolarité :.....	71
b) Atelier éveil corporel :.....	71
c) Relation individuelle :.....	72
d) Bilan orthophonique : .....	72
5) Première rencontre :.....	73
6) La pataugeoire de Noé :.....	73
a) Première séance.....	73
b) Et celles qui suivirent .....	76
7) Conclusion à l'étude de cas :.....	79
Conclusion : .....	80
Bibliographie :.....	82
Table des Matières : .....	88